UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I
U. E. R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

Année 1976 N° 558

TITRE DE LA THESE

LE DROIT DE VIVRE EN ÊTRE HUMAIN
(15 cas de psychochirurgie chez les "arriérés")

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON I

et soutenue publiquement le vendredi 17 décembre 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

THÉVENIAUD Anny-Joëlle
Interne des hôpitaux psychiatriques

née le 7 septembre 1944
à CHAROLLES (SAONE et LOIRE)

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON I
U. E.-R. MÉDECINE GRANGE-BLANCHE

Année 1976 N° 138

TITRE DE LA THÈSE

LE DROIT DE VIVRE EN ÊTRE HUMAIN
(15 cas de psychochirurgie chez les "arriérés")

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON I

et soutenue publiquement le vendredi 17 décembre 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

THÉVENIAUD Anny-Joëlle
Interne des hôpitaux psychiatriques
née le 7 septembre 1944
à CHAROLLES (SAONE et LOIRE)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I
U. E. R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

Année 1976 N° 558

TITRE DE LA THESE

LE DROIT DE VIVRE EN ÊTRE HUMAIN
(15 cas de psychochirurgie chez les "arriérés")

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON I

et soutenue publiquement le vendredi 17 décembre 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

THÉVENIAUD Anny-Joëlle
Interne des hôpitaux psychiatriques
née le 7 septembre 1944
à CHAROLLES (SAONE et LOIRE)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

U.E.R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

Président de l'Université : Prof. D. GERMAIN
Premier Vice-Président : Prof. E. ELBAZ
Deuxième Vice-Président : M. PONCET
Troisième Vice-Président : M. BONNET

Secrétaire Général : M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE :

MEDECINE : GRANGE-BLANCHE : Directeur : M. LE Docteur B.SALLE(M.C.A)
ALEXIS-CARREL : Directeur : M. le Professeur C. GIROD
SUD-OUEST : Directeur : M. le Professeur J. ROBERT
LYON-NORD : Directeur : M. le Professeur JP. GARIN
Directeur Honoraire : ProfesseurA.BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE : Directeur : M. le Professeur J.C. CZYBA

TECHNIQUES DE READAPTATION : Directeur : M. le Docteur A.MORGON(MCA)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES : Directeur : M. le Professeur L. ODDOUX

SCIENCES ODONTOLOGIQUES : Directeur : M. le Docteur R.VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE : Président du Conseil d'U.E.R. : M. le Professeur R. GUILLET
Directeur : M. A. MILLON

MATHEMATIQUES : Directeur : M. le Professeur H. BUCHWALTER

PHYSIQUE : Directeur : M. le Professeur R. UZAN

CHIMIE ET BIOCHIMIE : Directeur : M. le Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE : Directeur : M. le Professeur J. BRUN

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES : Directeur : M. R. FONTANGES (M.C.A.)

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 1 : Directeur : M.le Pr. B. POUYET

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 2 : Directeur : M.J.GALLET (Directeur EHSAM)

OBSERVATOIRE : Directeur : M. le Professeur J.H. BIGAY

PHYSIQUE NUCLEAIRE : Directeur : M. le Professeur A. SARAZIN

MECANIQUE : Directeur : M. le Professeur J. MATHIEU

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

U.E.R. EXPLORATION SCIENCES-BIANCHE

Président de l'Université : Prof. D. GERMAIN

Premier Vice-Président : Prof. R. SERAE

Deuxième Vice-Président : M. PONCET

Troisième Vice-Président : M. BONNET

Secrétaire Général : M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE :

MEDECINE : GRANDE-BRANCHE : Directeur : M. le Docteur B.BALLET(M.C.A.)
ALPHAIS-CARREL : Directeur : M. le Professeur C. GIROD
SUD-OUEST : Directeur : M. le Professeur J. ROBERT
LYON-NORD : Directeur : M. le Professeur JP. GARIN
Directeur Honoraire : Professeur A.BERTOT

BIOLOGIE HUMAINE : Directeur : M. le Professeur J.C. DEYRA

TECHNIQUES DE VULGARISATION : Directeur : M. le Docteur A.MORCON(MCA)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES : Directeur : M. le Professeur L. COCCOX

SCIENCES OCCIDENTALES : Directeur : M. le Docteur R.VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE : Président du Conseil d'U.E.R. : M. le Professeur R. GUILLET
Directeur : M. A. MILLON

MATHEMATIQUES : Directeur : M. le Professeur H. BUCHWALTER

PHYSIQUE : Directeur : M. le Professeur R. DEAP

CHIMIE ET BIOCHIMIE : Directeur : M. le Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE : Directeur : M. le Professeur J. BRUN

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES : Directeur : M. R. FONTAINES (M.C.A.)

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 1 : Directeur : M.le Pr. B. FOUYET

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 2 : Directeur : M.J.GALLET (Directeur THSAM)

OBSERVATOIRE : Directeur : M. le Professeur J.M. BIGAY

PHYSIQUE NUCLEAIRE : Directeur : M. le Professeur A. BARBIN

MEDAILLE : Directeur : M. le Professeur J. MATHIEU

U.E.R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

COMPOSITION Du JURY

M. le Professeur Marcel COLIN Président du Jury	U.E.R. Grange-Blanche
M. le Professeur Georges ALLEGRE	U.E.R. LYON-Nord
M. le Docteur J.J. VEDRINNE Maître de conférence agrégé	U.E.R. LYON-Nord
M. le Docteur J. HOCHMANN Maître de conférence agrégé	U.E.R. LYON-Nord
M. le Docteur J. GRAMBERT Psychiatre des hôpitaux	

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

U.E.R. MEDECINE GRANDS-BLESSES

CONVOCATION DU JURY

M. le Professeur Marcel COLIN Président du Jury	U.E.R. Grange-Blanche
M. le Professeur Georges ALLIGRET	U.E.R. LYON-Nord
M. le Docteur J.J. VIGRINET Maître de conférence agrégé	U.E.R. LYON-Nord
M. le Docteur J. BOCH ANN Maître de conférence agrégé	U.E.R. LYON-Nord
M. le Docteur J. CHAMPENT Psychiatre des hôpitaux	

-A ma grand-mère

In memoriam

Ce travail lui est dédié

A mes parents

A ma famille

A Anne et Joachim

A mes Amis

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur Colin

Nous le remercions pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre Jury de thèse.

Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre déférente admiration.

A Messieurs les Membres de notre Jury,

Monsieur le Professeur Allègre,

Il nous a accueilli aimablement et a bien voulu s'intéresser à notre travail
Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect

Monsieur le Docteur Vedrinne,

La richesse de son enseignement, alliée à de grandes qualités humaines, nous ont séduits
Nous le remercions d'avoir accepté d'être notre Juge

Monsieur le Docteur Hochman,

Nous avons pu apprécier ses qualités d'enseignant
Nous sommes très sensibles à l'attention qu'il nous témoigne en siégeant dans notre Jury
Nous l'en remercions respectueusement.

A Monsieur le Docteur J. Grambert,

Nous avons apprécié sa sagesse, son expérience humaine. Nous espérons avoir été à la hauteur de la confiance qu'il nous accorda en nous chargeant de ce travail.

Qu'il trouve ici le témoignage respectueux de notre profonde gratitude et de l'admiration que nous lui portons.

A Monsieur le Docteur Balvet,

Nous avons eu la chance de faire nos premiers pas en psychiatrie avec lui.

A Monsieur le Docteur P. Carabelli,

Nous gardons le meilleur souvenir des deux années passées dans son service. Il a toujours témoigné à notre égard d'une grande disponibilité et d'une extrême gentillesse.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur J.J. Lustin,

Nous avons été sensibles à son ouverture d'esprit, son sens de la discussion ainsi qu'à ses grandes connaissances.

Qu'il accepte ici l'hommage de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur R. Cros,

Avec qui nous avons eu grand plaisir à travailler tout au long de cette année.

Aux équipes soignantes

de l'hôpital psychiatrique de Privas
du Centre psychothérapique de Saint-Cyr
de l'hôpital psychiatrique du Vinatier

-et tout particulièrement le service
du Docteur Grambert-

Nous remercions tous ceux qui nous ont aidés
dans ce travail, et tout particulièrement

Madame Colombo
Mademoiselle le Docteur M.F. Vachet
Mademoiselle Odile CHAPOT
Madame Yvonne HAFFANI
Mademoiselle O. Lagniet.

INTRODUCTION

A- POURQUOI AVOIR CHOISI CE SUJET ?

C'est par le spectacle d'une petite fille, pieds et poings liés, attachée à son baby-relax qu'elle arrivait toutefois à faire tomber pour mieux se mutiler, "la topectomisée" du service, que nous fîmes connaissance avec la psychochirurgie.

Au cours de nos études médicales, cette question n'avait jamais été abordée, et nous pensions qu'elle avait rejoint d'autres techniques tombées en désuétude.

En effet, même pour ces cas, qui sont l'objet de notre étude, cas "extrêmes" jugés "incurables" "irréductibles", des méthodes thérapeutiques autres, on été envisagées, des efforts entrepris, des expériences rapportées.

Aussi, nous avons eu la surprise de découvrir que la psychochirurgie n'avait jamais cessé d'exister et même qu'elle redémarrait dans certains pays (USA, Japon, Allemagne).

De plus, à Lyon, récemment le docteur Grambert fut amené à donner un avis psychiatrique, sur un jeune adolescent, adressé au professeur Allègre, en vue d'une troisième intervention psychochirurgicale. Et, il y a deux ans, alors que Leila (observation n° 15) était hospitalisée dans le service du docteur Grambert, une réintervention fut proposée par le professeur Lecuire.

On ne peut donc ignorer la psychochirurgie, mais

- est-elle un procédé thérapeutique tel que l'on puisse raisonnablement en attendre pour le patient des avantages consécutifs à la pratique de lésions cérébrales ?

- ou est-ce un procédé expérimental, avec ce que cela suppose de conséquences imprévisibles et pouvant se réaliser désastreuses ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons recherché dans trois services de psychiatrie infantile lyonn (les services des docteurs Grambert, Gambs, Lustin) les observations des enfants ayant subi des interventions psychochirurgicales.

Les enfants opérés, le furent pour des indications bien spéciales (enfants agités, agressifs, en général psychotiques). Nous disposons par ailleurs d'un recul important pour juger de la valeur de cette thérapeutique et la comparer à d'autres.

./.

B- LA PSYCHOCHIRURGIE - C'EST QUOI ?

1°) Sa définition

C'est une chirurgie du cerveau pratiquée pour modifier la pensée, les structures du comportement social, les caractéristiques de la personnalité, les réactions émotionnelles ou les autres aspects de l'expérience subjective chez l'être humain. La psychochirurgie comprend toute chirurgie du cerveau dont le but est de modifier le comportement SANS soigner une maladie cérébrale (P. Breggin).

Elle est différente de la neurochirurgie qui elle, procède à l'ablation d'une tumeur, d'une lésion pathologique du cerveau.

Quelques exemples feront mieux saisir la délimitation de la psychochirurgie : l'ablation d'une cicatrice épileptogène DURANT identifiée améliore le psychisme du malade, la suppression des paroxysmes épileptiques conditionne cette amélioration.

Une intervention sur le périmètre hypophysaire dans le cas d'un nanisme avec infantilisme active la maturation psychique, sans constituer pour autant une intervention de psychochirurgie.

2°) Les différents types d'interventions psychochirurgicales

LES LOBOTOMIES

Ces interventions sont dites "ouvertes" ou "fermées" selon que l'intervention est réalisée à travers un trou de trépan ou par un bouton osseux de 2 cm 1/2 de diamètre.

Le principe reste le même : la section des fibres afférentes et efférentes du lobe frontal au niveau du centre ovale.

- Freeman et Watts ont décrit deux techniques :

. Pour la lobotomie dite standard, la section est faite dans le plan de la suture coronale, par des trous de trépan situés sur la face latérale du crâne. L'opérateur sectionne successivement la quadrant inférieur puis le quadrant supérieur.

. Pour la lobotomie dite radicale, le plan de section est plus postérieur et se situe de 2 cm 1/2 à 3 cm en arrière du plan de la scissure coronale. La section est réalisée ainsi en arrière des aires 6 et 8. La section est réalisée par des trous de trépan situés sur le sommet du crâne. L'opérateur sectionne successivement les fibres medianes, puis les fibres latérales. Cette dernière technique a dû être abandonnée rapidement du fait des mauvais résultats immédiats qu'elle a donnés.

./.

- Les incidents de la lobotomie radicale, ont incité certains auteurs à pratiquer des lobotomies dites PARTIELLES (Le Beau et Pecker) ou ROSTRALES (Mc Kissok). Le plan de section se situe 2 à 3 cm en avant de la suture coronale. Elle n'exclut sur la face externe que les aires 9, 10, 11, 32 et 46.
Certains auteurs ont voulu encore limiter l'étendue de l'intervention en réalisant des LOBOTOMIES SELECTIVES dans lesquelles l'opérateur ne sectionne que le quadrant supérieur : c'est la lobotomie haute ; ou seulement le quadrant inférieur : c'est la lobotomie basse.

La lobotomie haute sectionnerait ainsi électivement les fibres issues de la portion parvo-cellulaire du noyau dorso-médian à destination des aires 8, 9, 10.

La lobotomie basse sectionnerait électivement les fibres issues de la portion magno-cellulaire du noyau dorso-médian à destination des aires orbitaires. Selon Fulton, cette intervention sectionnerait les ramifications du pneumogastrique et du splancnique à destination du cortex.

LES TOPECTOMIES

Ces interventions sont des résections corticales isolées, en général bilatérales, de certaines aires de Brodman. Pool les a réalisées le premier en 1946. Le Beau, en France, s'est fait le champion de cette chirurgie sélective.

Topectomie des aires 9, 10 et 46

C'est la plus employée.
Ces aires sont des régions importantes de projection du noyau dorso-médian thalamique.
La voie d'abord se fait par un volet unique suivant la suture coronaire ou par deux petits volets parasagittaux. La localisation des aires se faisant en fonction d'un repérage osseux est assez imprécise.
Le Beau calcule ses repères à partir du plafond de l'orbite et fait déborder la résection d'environ 2,5 cm sur la convexité, et de 1,5 cm sur la face interne, en s'étendant en profondeur jusqu'à la substance blanche.

Topectomie des aires 24 et 32
(topectomie péricalleuse - cingulectomie)

Elle est fondée d'une part sur les travaux expérimentaux chez l'animal de Bard et Mountcastle : placidité à la suite de l'ablation du lobe limbique chez le chat ; de Smith : perte de l'agressivité chez l'animal après resection de l'aire 24 ; de Mac Culloch: rôle de ces aires dans les fonctions "suppressives" d'autre part, sur la constatation chez l'homme d'une certaine apathie au cours des tumeurs du corps calleux comprimant la partie antérieure de la face interne (Weyman - Jones 1940). Par ailleurs, on sait que Papez fait entrer les aires 24 et 32 dans son "circuit des émotions"

./.

La voie d'abord est soit unique et médiane, soit unique et parasagitale, soit symétrique et paramédiane selon les auteurs. Le repérage est ici facile puisqu'il se fait par rapport au corps calleux et au gyrus cingulaire parfaitement définis anatomiquement. Il n'est cependant pas possible d'affirmer la destruction complète ou isolée d'une aire.

Topectomie des aires 11, 13 et 14
(topectomie orbitaire)

auxquelles on adjoint habituellement la partie antérieure de l'aire 47.
On a insisté sur les rapports étroits entre les aires orbitaires 13 et 14 avec la portion magno-cellulaire du noyau dorso-médian du thalamus, ainsi qu'avec l'hypothalamus.
En outre, chez le singe, Jacobsen et Nissen (1947) Ruch et Shankin (1946) ont obtenu des états d'hyperactivité par ablation de l'aire 47.
Aussi a-t-on préconisé ce type de topectomie dans les états d'inertie (Le Beau).
La voie d'abord est latérale et symétrique au ras du sinus orbitaire, les résections s'étendent d'avant en arrière du plan du foramen caecum au trigone olfactif (en dégageant complètement le nerf olfactif : Le Beau).

Topectomie des aires 10 et 11
(topectomie polaire)

Elle correspond à la résection des deux pôles frontaux. Ses indications sont assez mal déterminées.

Il en est de même des topectomies des aires 45 et 46

LES SECTIONS SOUS-CORTICALES

Leur principe consiste à isoler certains territoires en sectionnant les fibres blanches qui en sont issues dans un plan parallèle à l'écorce. Le principe est très voisin de celui de la topectomie. Scoville a décrit trois types d'interventions correspondant aux trois faces du lobe.

LES TECHNIQUES STEREOTAXIQUES

La relative inaccessibilité des structures profondes du cerveau a posé un sérieux problème aux premiers psychochirurgiens. En effet, enfermé à l'intérieur de sa solide boîte crânienne, le cerveau est relativement inaccessible aux assauts de la chirurgie. Même lorsque le crâne est partiellement retiré, les hémisphères cérébraux ainsi mis à nu ne représentent qu'une petite partie superficielle du volume cérébral dans son ensemble ;

./.

Caché derrière eux, se trouve un vaste système de cellules, de fibres, de vaisseaux sanguins et de chaînes neuronales, incroyablement complexe. Il est impossible de trouver un accès direct à ces régions profondes sans mutiler, au cours de ce processus, les zones qui les recouvrent.

Pour résoudre ce problème, les chercheurs qui étudiaient les fonctions cérébrales chez l'animal ont mis au point, vers le milieu du siècle, une méthode qui fut connue sous le nom de chirurgie stéréotaxique. Cette méthode permet au chirurgien de localiser avec précision un point à l'intérieur du cerveau, au moyen de trois coordonnées, en utilisant des points de repère situés sur le crâne. On dispose maintenant de tout un ensemble de schémas et de croquis stéréotaxiques du cerveau pour de nombreuses espèces, y compris l'être humain. Après avoir déterminé les coordonnées d'une région précise du cerveau à partir du schéma approprié, le chirurgien place la tête du sujet dans les limites du champ d'action d'un instrument stéréotaxique spécial. Il peut alors diriger des sondes ou des électrodes, contenant de petits fils isolés, vers l'objectif fixé à travers un petit trou pratiqué dans le crâne.

Il est possible de laisser les sondes en place à l'intérieur du cerveau pour des périodes prolongées, avec peu d'inconvénients pour le sujet, en fixant solidement le corps de la sonde à la surface du crâne.

Une fois en place, les électrodes peuvent servir plusieurs objectifs.

- Premièrement : en utilisant des amplificateurs électroniques ou un autre matériel, on peut enregistrer les signaux électriques provenant de la région du cerveau proche des extrémités des électrodes isolées.

Bien que l'on ne puisse pas être certain que de tels signaux proviennent de la proximité immédiate, une courbe très nettement anormale de l'activité électrique indique souvent un fonctionnement perturbé près de l'extrémité de l'électrode ou dans une région du cerveau qui, au niveau fonctionnel, y est relié. -

- Deuxièmement : en faisant passer dans le cerveau un courant électrique de faible intensité par le truchement des électrodes on peut stimuler les tissus à proximité des extrémités de celles-ci. Fréquemment, cela semble déterminer chez le patient une réponse d'un type particulier au niveau du comportement. Bien qu'un tel comportement ne puisse être relié que de loin aux courbes de réponses normalement associées à la région du cerveau prédominant dans les tentatives récentes entreprises pour en savoir davantage sur la manière dont les structures cérébrales sont organisées.

- Troisièmement : en faisant passer des courants d'intensité supérieure dans l'électrode implantée, un chirurgien peut détruire le tissu à proximité de l'extrémité de l'électrode. Les psychochirurgiens peuvent donc pratiquer des lésions dans des zones du cerveau qui auparavant étaient inaccessibles.

Les psychochirurgiens ont récemment inauguré une technique encore différente, empruntée au monde des communications électroniques modernes. Des systèmes miniaturisés de télémesure par ondes hertziennes rendent possible la transmission de signaux entre une électrode implantée dans le cerveau d'un patient se déplaçant librement et un appareillage de stimulation ou d'enregistrement situé à quelque distance de là. Cela signifie que la personne qui commande le système de télémesure peut contrôler ou manipuler discrètement l'activité cérébrale et le comportement d'un individu par ailleurs parfaitement libre.

HISTORIQUE ET EVOLUTION

DE LA PSYCHOCHIRURGIE

I/

- Depuis la nuit des temps, les médecins savent qu'il existe une relation entre le cerveau et l'esprit, et qu'une lésion ou une maladie cérébrale peut s'accompagner de modifications radicales et débilitantes de la vie mentale du sujet atteint.

- Au cours du XIXème siècle, une idée fit son chemin, selon laquelle maladie mentale était synonyme de maladie cérébrale, le comportement perturbé ou perturbateur de certains individus trouvant son origine dans la perturbation de certains organes spécifiques du cerveau. Pour que la psychochirurgie voie le jour, il ne manquait plus que quelqu'un pour avoir l'idée de supprimer les comportements gênants en détruisant de manière sélective, l'organe responsable.

C'est Bruckhardt, un psychiatre suisse, qui fut l'instigateur de la psychochirurgie. En 1891, il publie six observations de malades opérés pour troubles mentaux.
Utilisant les notions physiologiques de l'époque et, en particulier, celles découlant des expériences de Goltz sur les chiens défrontalisés, il tenta des interventions ayant pour but de modifier l'agitation psychomotrice des malades. Il émet l'hypothèse que, dans l'agitation, les centres moteurs étaient anormalement mis en activité par l'excitation pathologique des centres sensoriels (langage, vision, audition) au moyen des fibres d'association corticale.
C'est pourquoi il pratiqua, avec une curette, une série de petites résections corticales (temporales, pariétales et frontales) entre la localisation sensorielle présumée et la zone motrice.

Il justifia la destruction des tissus cérébraux chez les patients atteints de psychose en alléguant l'argument suivant : "notre existence psychologique se compose d'éléments indépendants localisés dans des zones distinctes du cerveau".
Bruckhardt pensait que l'état d'excitation et d'impulsivité de ses patients provenait d'un excès d'activité nerveuse au niveau du cortex cérébral ; si l'on détruisait les parties voulues du cortex, on pourrait par là même, supprimer les impulsions pathologiques.

Sur les six patients opérés - un succomba et bien que les survivants fussent soit disant plus calmes et plus faciles à maîtriser - ils n'en continuèrent pas moins à manifester des symptômes psychotiques.

Bruckhardt ne fut pas découragé et il recommanda vivement à ses confrères de "persévérer dans la voie de l'excision des cellules corticales". Mais il eut à faire face à une vigoureuse opposition de la part de nombreux membres du corps médical, et il devait encore s'écouler près d'un demi-siècle, avant qu'un autre psychochirurgien, E. Moniz, n'apparaisse sur la scène pour affirmer qu'il avait emprunté cette voie avec succès.

- Il faut également signaler les tentatives opératoires de Puusepp en 1906 et 1910 qui consistèrent en transsections unilatérales des fibres d'association chez les épileptiques et les maniaques agités. Mais les résultats de ces travaux ne furent publiés qu'en 1937-1938, après la parution du mémoire d'Egaz Moniz.

II-

Nous venons donc de voir quelles ont été les premières tentatives de psychochirurgie, voyons maintenant comment la psychochirurgie a véritablement pris naissance et essor.

C'est le 12 novembre 1935, qu'E. Moniz réalisa à Lisbonne avec Almeida Lima la première lobotomie préfrontale. Mais cette première lobotomie venait en effet à son heur, elle faisait suite à toute une série de travaux physiologiques consacrés aux lobes frontaux dont la synthèse avait pu être réalisée quelques mois auparavant au congrès de Londres.

C'est à la faveur de ces deux notions concernant :

- le rôle privilégié du lobe préfrontal dans la vie psychique

- et les possibilités de suppléance ou de réorganisation fonctionnelles à une lésion préfrontale

que la psychochirurgie a pu prendre naissance.

En effet, lors de ce congrès international de neurologie, Caryle F. Jacobsen et John Fulton rapportèrent qu'ils avaient détruit les régions préfrontales du cerveau chez des singes et des chimpanzés. Les animaux manifestèrent des déficiences sur le plan de l'apprentissage et de la mémoire ainsi que quantité d'autres modifications radicales du comportement. Dans plusieurs cas, des lésions bilatérales provoquèrent chez les animaux un état d'apathie saisissant même lorsqu'on les soumettait à des stimuli auxquels ils réagissaient, auparavant, par une extrême agitation et des manifestations de frustration.

Dans l'assistance, il y avait E. Moniz qui se leva pour demander s'il ne serait pas possible alors, d'apaiser l'anxiété de l'homme au moyen de la chirurgie. Fulton fut choqué par cette proposition mais E. Moniz ne fut aucunement découragé.
Il regagna le Portugal, convaincu de la similitude qui existait entre les descriptions faites par Jacobsen et Fulton du comportement des animaux et l'état d'agitation et de mauvaise humeur manifesté par de nombreux patients, placés, de manière chronique, dans les hôpitaux psychiatriques.

./.

Au cours de leur première opération, Moniz et A. Lima eurent recours à des piqûres d'alcool pour faire coaguler certaines fibres de connexion reliant les lobes frontaux et les autres parties du cerveau entre eux. Cependant, peu de temps après, ils abandonnèrent cette technique pour sectionner les fibres avec un instrument spécial appelé leucotome, qu'ils introduisaient à travers une petite ouverture pratiquée dans le crâne.

Pour lui, en effet "les manifestations psychiques... même les plus simples sont en relation avec l'activité des groupements cellulaires liées par un nombre considérable de connexions. Les arrangements des connexions en action doivent augmenter et se compliquer au fur et à mesure que les manifestations mentales se traduisent en complexes psychiques de plus en plus élevés... Quels que soient leur trajet et leur enchevêtrement, les stimuli arrivent par des voies de liaison aux cellules des lobes frontaux qui sont, à ce qu'il semble, des éléments très importants en relation avec les manifestations psychiques..." Ces groupes cellulaires sont sujet à des substitutions fonctionnelles et E. Moniz pense que les cellules du lobe frontal sont encore plus habilitées que les autres à de telles substitutions. Par contre, il estime que certaines maladies mentales sont dues au fait que quelques-uns de ces groupements se sont rendus plus ou moins fixes, et parmi les maladies justiciables de cette explication pathogénique, il cite "les idées délirantes mélancoliques, hypocondriaques, de grandeur et de persécution, l'anxiété, etc..." Les individus normaux peuvent présenter les mêmes idées, avec la différence qu'alors elles ne sont pas fixées. De là découle pour lui, une sanction thérapeutique inéductable, c'est que "pour guérir ces malades, il faut détruire les arrangements de connexions cellulaires, plus ou moins fixes, qui doivent exister dans le cerveau et particulièrement celles qui sont liées aux lobes frontaux".

Pour E. Moniz, la maladie mentale est un processus fonctionnel troublé fixé "par des circuits", de ce fait pathogènes.

- La monographie d'E. Moniz publiée à Paris en 1936, son séjour en France, où il pratiqua quelques lobotomies dans le service du Professeur Claude, ne réveillèrent aucun écho favorable dans ce pays.

En effet, les bases théoriques de l'intervention paraissaient assez précaires et a priori, une mutilation des deux lobes frontaux qui restaient, depuis Gratiolet "la majesté du cerveau" aux fonctions hautement différenciées, faisait craindre comme corollaire d'une amélioration mentale possible, un affaiblissement intellectuel plus ou moins accusé.

- Cette thérapeutique fut tentée cependant dans plusieurs pays : en Italie avec Rizzatti et Borgarello, en Roumanie avec Constantinesco. Aux Etats-Unis, ce furent surtout Freeman et Watts qui furent les défenseurs les plus ardents d'Egas Moniz en face d'une opposition relativement assez forte. Le Brésil en 1937, l'Espagne, enfin l'Angleterre et la Suisse commencèrent à pratiquer ce genre d'interventions.

- A partir de 1940, les travaux anglais et américains s'accumulent :

  . en 1942, Freeman et Watts publient leur important travail intitulé "psychosurgery" qui contient déjà d'importantes statistiques.

./.

. en Angleterre, la psychochirurgie prend pendant la guerre une extension considérable.

. en France, une seule publication, faite par Ferdière, d'une lobotomie pour un cas de schizophrénie.
Ce n'est qu'à partir de 1944, que l'on commence en France à pratiquer des lobotomies. En 1946, les professeurs Baudouin et Puech publient les premiers résultats obtenus dans le service de neurochirurgie de l'hôpital Sainte-Anne. La France participe à l'engouement général. Jusqu'en 1950, on assiste ici, comme ailleurs, à des publications de résultats opératoires, dans l'ensemble optimistes. [illegible] l'[illegible] de la psychochirurgie en voyant [illegible] le [illegible] [illegible].

Dans les [illegible] années, les appréciations en ce qui concerne l'intérêt de la psychochirurgie ont été peu discordantes. Par contre, les opinions les plus diverses se sont [illegible] pour apprécier la valeur thérapeutique et chirurgicale des diverses techniques nouvelles et déterminer la région du lobe frontal qui devait être électivement détruite.

III-

A partir de 1950, les publications, en ce qui concerne les résultats thérapeutiques, se font plus rares. Les rechutes avec le temps écoulé deviennent de plus en plus nombreuses et réduisent l'optimisme des statistiques trop souvent citées.

Aussi longtemps que les lobotomies pratiquées furent [illegible] principalement sur des sujets psychotiques hospitalisés de manière chronique, les effets secondaires malencontreux demeurèrent difficiles à identifier. Pourtant l'opération eut tellement de succès qu'on y eut recours, dans le monde entier, non seulement sur des patients souffrant de psychose, mais également sur des individus prétendument atteints de psychonévrose ou de maladies psychosomatiques. Avec l'augmentation des candidats à la psychochirurgie, l'[illegible] d'effets secondaires fâcheux se fit plus évidente.

Comme on aurait pu s'attendre, à la suite d'une lecture minutieuse de l'ouvrage initial de Jacobsen et Fulton, la lobotomie prémotrice, même pratiquée de façon de maître, ne laissait pas seulement l'intérêt non [illegible] mais aussi apathique, irresponsable et asocial. L'opération pouvait engourdir l'esprit d'un sujet, [illegible] ses jugements et diminuer son potentiel de créativité. Dans certains cas des modifications complexes du métabolisme conduisirent au dépérissement du corps, à l'affaiblissement, au coma et finalement à la mort.

- Ainsi l'inquiétude croissante née des résultats négatifs, associée aux succès grandissants de traitements nouveaux, fit diminuer l'enthousiasme pour l'opération. La psychochirurgie fut l'objet de violentes critiques et polémiques, et il faut citer en France, l'opposition formelle du Professeur Baruk qui condamne la psychochirurgie aussi bien pour ses "bases scientifiques insuffisantes" que pour les atteintes de la personnalité qu'elle entraîne, et l'accuse de transformer "un trouble fonctionnel en une maladie irréversible".

./.

En URSS en 1950, le ministère de la protection de la Santé interdit la leucotomie préfrontale comme une intervention à la fois inefficace dans ses résultats, anti-scientifique et anti-physiologique dans sa conception.

Morel, en Suisse, s'oppose également à la leucotomie en particulier dans le traitement de la schizophrénie.

IV-

Au cours des vingt dernières années cependant, une nouvelle génération de psychochirurgiens s'est fait jour. Dans l'ensemble, ces chirurgiens sont prêts à reconnaître que leurs prédécesseurs ont manifesté un enthousiasme excessif et obtenu de piètres résultats. Mais pour la plupart, ils ne remettent pas en question le bien-fondé d'une intervention chirurgicale sur le cerveau. Au contraire, ils ne semblent pas moins convaincus que leurs prédécesseurs de la justesse scientifique et de l'efficacité thérapeutique de leur entreprise hardie dans son ensemble. Pour eux, les excès du passé étaient dûs non à un raisonnement erroné ou à un défaut d'attention à l'égard des éléments négatifs, mais plutôt à l'état rudimentaire de la technique.

De nombreux psychochirurgiens font aujourd'hui remarquer avec fierté les progrès de la technique qui auraient rendu leurs opérations plus efficaces et sûres.

- Ainsi, l'amélioration de la technicité et l'avènement de la chirurgie stéréotaxique ont stimulé l'intérêt pour de nouvelles cibles à l'intérieur du cerveau. Le point de convergence de l'attention s'est déplacé des lobes frontaux au système limbique

Ce système comprend certaines parties "primitives" du cortex cérébral (l'hippocampe, la circonvolution de l'hippocampe, et la circonvolution du cingulum) et aussi un certain nombre de structures plus profondes avec lesquelles elles ont des connexions primaires. Recouvrant le système limbique, surtout chez les primates (y compris l'homme) se trouve l'énorme néo-cortex s'aplatissant comme un champignon, auquel la plupart des specialistes du cerveau associent nos capacités cognitives dites "supérieures".

Schématiquement, donc, le système limbique occupe une position intermédiaire entre les parties inférieures et supérieures du cerveau. Il semble occuper la position idéale pour recevoir, transformer et transmettre les signaux passant entre les structures cérébrales plus anciennes qui interviennent dans les comportements stéréotypés, les réponses viscérales, et les structures plus récentes qui comprennent les sensations, la perception, la pensée, le langage, et les autres actes sociaux complexes.

Dans le système limbique, se trouvent en puissance les mécanismes par lesquels "le cerveau transforme la lumière froide grâce à laquelle nous voyons, en une lumière chaude que nous ressentons". A la limite, les mecanismes du système limbique contribuent semble-t-il au sens de l'individualité d'une personne et aux concepts de réalité. Ils servent de lien entre les sentiments émotionnels qui, en dernier recours guident le comportement nécessaire à la conservation de soi et de l'espèce.

./.

- Que se passe-t-il lorsque ces structures sont détériorées ou détruites ?

Comme dans le cas de la lobotomie préfrontale, nous trouvons une première réponse qui augure mal de l'avenir dans les expériences menées sur les animaux de laboratoire.

En effet, les résultats des travaux de Heinrich Klüver et Paul C.Bucy (1937) ne sont guère rassurants. Ces auteurs rapportaient qu'ils avaient détruit le lobe temporal et certaines zones du système limbique sur des singes rhésus, et qu'à la suite de leurs interventions ils observèrent des perturbations profondes dans le comportement des singes. Ils notaient y compris des difficultés à reconnaitre les objets, une activité sexuelle accrue et dirigée vers des objets tres divers animés ou non, et une oralité compulsive qui conduisait les singes à porter sans arrêt à leur bouche des objets, comestibles ou non. Deux autres effets importants apparurent. Bien que ces singes eurent été auparavant, craintifs, sauvages et difficiles à maîtriser, après l'opération, ils étaient tout à fait apprivoisés. Ils se montrèrent également incapables d'inhiber des réponses entraînant des conséquences douloureuses, ou s'exposant souvent d'eux-mêmes à des situations menaçantes et préjudiciables. Dans un film réalisé par Klüver, un singe opéré, plaçait l'extrêmité incandescente d'une cigarette dans sa bouche, et jetait promptement celle-ci à terre lorsqu'il s'était brûlé, puis il répétait le même acte douloureux plusieurs fois encore, suivant un rythme rapide.

Le syndrome de Klüver-Bucy démontrait que ces structures interviennent dans un grand éventail d'activités du comportement. Ses aspects désastreux incitèrent d'autres chercheurs à poursuivre des études similaires. Pour le sujet qui nous préoccupe, la plus importante découverte qui suivit était que, chez de nombreuses espèces, plusieurs des effets émotionnels les plus graves pouvaient être entraînés par des lésions limitées à une seule partie du système limbique : le noyau amygdaloïde.

Au cours d'une expérience, Arthur Kling et plusieurs confrères, pratiquèrent l'ablation du noyau amygdaloïde sur des singes qui, jusque là, vivaient en colonie à l'état naturel. Dans le laboratoire, la plupart des animaux opérés semblaient devenus moins agressifs et plus familiers avec leurs maîtres humains. Bien sûr, ce résultat était exactement celui que l'on pouvait prévoir en se fondant sur les découvertes initiales de Klüver et Bucy. Mais lorsque les animaux rejoignirent leur ancienne troupe dans la nature, une image très différente se fit jour. Bien qu'ils eussent manifesté une familiarité accrue à l'égard de leurs maîtres humains, ils se montrèrent "perdus" et craintifs au milieu de leurs anciens amis et "connaissances". Lorsque d'autres membres de la troupe s'approchaient d'eux de manière neutre et non menaçante, les animaux qui avaient subi l'ablation du noyau amygdaloïde rentraient habituellement la tête dans les épaules, ou se sauvaient. Réciproquement, lorsqu'un des "chefs" de la tribu leur faisait un geste menaçant, eux, qui normalement auraient dû adopter une attitude de soumission, manifestaient un degré inattendu d'insubordination, ils tentaient d'attaquer et suscitaient par là même, une rossée prévisible et souvent terrible.

Somme toute, les singes ayant subi l'ablation du noyau amygdaloïde étaient incapables de faire face aux complexités de la vie sociale dans leur environnement normal. En fin de compte, tous moururent soit de faim, soit à la suite d'attaque par des animaux de proie.

Les résultats de ces expérimentations animales suggèrent que ce n'est pas <u>une</u> partie précise du système limbique qui intervient dans un aspect unique du comportement, et ils devraient nous rendre sceptiques à l'égard des affirmations selon lesquelles on peut parvenir à des effets thérapeutiques en détruisant le noyau amygdaloïde ou d'autres régions du système limbique.

ET AUJOURD'HUI, EN 1976, EN FRANCE ?

A force de répéter que la lobotomie était tombée en désuétude, la plupart des psychiatres français ont fini par s'en persuader.

De quelques dizaines d'interventions dans l'année 1945, on est passé à plusieurs milliers au début des années 1950, puis le rythme a décru. Vers 1968, le nombre d'opérations était sensiblement le même qu'en 1945.

Il croît à nouveau très rapidement, mais il est très difficile de savoir exactement combien d'opérations sont effectuées chaque année : quelques-unes seulement sont rapportées dans les revues médicales.

La psychochirurgie fait partie de la routine de plusieurs services de neurochirurgie ou de certains asiles et, à quelques exceptions près, ceux qui la pratiquent ne s'en vantent pas. Les estimations les plus faibles comment une centaine de cas par an, les estimations les plus fortes de 300 à 350 cas. De toute façon, le nombre est sans cesse croissant.

Les types d'opérations sont variés : topectomies, thalamotomies, cingulectomies, implantation d'yttrium radio-actif, infections sclérosantes. La plupart des médecins déclarent que la lobotomie de Freeman n'est plus pratiquée.

A l'exception du délire, et de la schizophrénie, il semble que les indications soient restées à peu près les mêmes qu'en 1950 : au premier rang, les névroses obsessionnelles, ensuite les états dépressifs et mélancoliques, l'anxiété, la dépression, les troubles caractériels liés à l'épilepsie et l'auto-agressivité.

On lobotomise beaucoup plus de suicidaires que jadis. En général, les malades mentaux qui ont résisté pendant des années à toutes les autres formes de traitement sont choisis en priorité.

Il ne semble pas qu'il y ait la moindre garantie qui empêche un malade d'être opéré contre son gré. Plusieurs cas d'abus auraient été rapportés à Alain Joubert, cas sur lesquels des enquêtes seraient actuellement en cours. "Il incrimine plus particulièrement les hopitaux psychiatriques de sûretés, et certaines institutions pour enfants handicapés ou débiles, qui auraient à plusieurs reprises, envoyé au chirurgien de jeunes enfants qui troublaient la paix de leurs établissements".

En dehors des abus, des opérations contre le gré des malades, ou sur des personnes incapables de se défendre (enfants infirmes) il est difficile de porter un jugement sur ces techniques. En 1963, Talairach et Morel remarquaient déjà qu'on observe à peu près "Un tiers de bons résultats, un tiers de résultats moyens, un tiers d'échec".

./.

Certains auteurs sont encore plus pessimistes et pensent que dans les bons résultats, en fait, on range aussi bien les malades chez qui des états d'agitation ont cessé, mais qui sont restés à l'asile, que des malades qui ont d'abord été guéris mais par la suite ont sombré dans un autre état pathologique ou se sont suicidés.

De toute façon, ces proportions on les retrouve dans beaucoup d'autres thérapeutiques, en particulier dans l'utilisation des placèbo ou dans celle des autres thérapeutiques de choc.

Les bases théoriques qui justifient la pratique psychochirurgicale restent aussi floue qu'en 1935.

L'école de Toulouse avec le Professeur Guy Lazorthes, et le Docteur J. Laboucarié, continue à pratiquer la lobotomie, la leucotomie préfrontale et les infiltrations avec une préférence marquée pour ce deux dernières méthodes.

Dans la revue de Médecine de Toulouse, G. Lazorthes raconte son expérience de quinze années de psychocirurgie. Jusqu'en 1954, il a recherché à mettre au point sa technique, pour ensuite "passer à une seconde période pour accumuler les observations". Seuls les malades qui viennent après 1954 ont été jugés dignes d'être étudiés ...

Le Professeur Jacques Le Beau, chef du service de neurochirurgie à l'hôpital de la Salpetrière, est connu depuis 1950 comme l'un des principaux specialistes de la psychochirurgie. Selon lui, les techniques psychochirurgicales ne doivent être employées que comme derniers recours.

A aprtir du milieu des années cinquante, le nombre des malades envoyés par le psychiatre au chirurgien n'avait cessé de diminuer par suite de l'usage de plus en plus général de nouveaux médicaments.

Mais depuis quelques années, le nombre des demandes augmente : Jacques Le Beau qui opérait 30 à 40 malades par an à l'époque où la psychochirurgie était très répandue et "seulement 3 ou 4 pendant son éclipse" opère aujourd'hui de 10 o 12 cas et prévoit que la demande va continuer à croître.

Il reconnait qu'il y a beaucoup d'abus et certains dégâts avec les anciennes techniques comme la lobotomie. Mais désormais, avec la stéréotaxie, "les opérations sont précises et limitées".

Le Professeur Le Beau continue à pratiquer la cingulectomie qu'il a mise au point en 1950 et qui lui donne encore toute satisfaction. "Nous n'opérons que des malades consentants qui ne peuvent pas être guéris par des moyens non chirurgicaux. Ceux pour qui la vie sociale est impossible. Ceux qui ont subi, sans résultat positif, plusieurs années de traitement psychiatrique et médical".

La psychochirurgie représenterait environ 1% à 2% de l'activité du service de neurochirurgie de La Salpêtrière. Les indications sont essentiellement les douleurs irréductibles et les névroses obsessionnelles.

./.

"Il y a aujourd'hui des psychiatres beaucoup plus au courant des techniques chirurgicales et les indications sont d'autant meilleures. Il faut être très sévère. Je refuse énormément de malades parmi ceux qu'on m'envoie : les personnes fragiles ou âgées, ou celles dont la personnalité est déjà détériorée et sur qui l'opération n'aurait pas de résultat. On m'envoie aussi des toxicomanes ou des alcooliques, mais je les refuse aussi car mon expérience m'a montré que la chirurgie n'avait pas d'effet sur eux..."

Le Professeur Le Beau précise également "après toutes ces opérations limitées qu'on fait aujourd'hui, il n'y a absolument pas de détérioration intellectuelle des malades".

La lobotomie attaquée par des irresponsables ?

Le Professeur Gabriel Mazars, qui dirige le service de neurochirurgie de la Douleur à l'hôpital Sainte-Anne, est très inquiet de la vive agitation "gauchiste" dans le monde autour de la psychiatrie. Cette "anti-psychiatrie" est entretenue selon lui, par des philosophes et des professeurs "irresponsables". Il évoque l'enlèvement du Professeur Sano par des "extrêmistes Japonais". Il pense qu'on a beaucoup exagéré les internements de dissidents en Union Soviétique.
Il pense également qu'on a exagéré les méfaits de la lobotomie... Pour lui, il n'y a jamais eu d'abus... Il déclare que "les troubles psychiques sont toujours organiques" et que "la psychanalyse, le lacanisme, tout ça, c'est du verbage". Puis il ajoute : "le droit d'avorter a été conquis, mais le droit de mourir sera la prochaine conquête de l'homme. Il y a un certain nombre d'inconforts ou de non-valeur de la vie qui justifient qu'on supprime la vie. Il y a les cas de suppression de la vie à la demande de l'intéressé, mais il y a aussi une autre catégorie, celle des individus qui ne seront jamais que des plantes ; c'est-à-dire un certain nombre de grands idiots, de grands arriérés, de grands infirmes psychomoteurs qu'il faudrait supprimer, et ceci dans les délais les plus courts, à la naissance. L'humanité est surpeuplée et si nous continuons dans cette voie là, nous verrons proliférer les individus mal adaptés qui seront géniteurs d'individus encore plus mal adaptés. Et le grand drame, c'est qu'il y a eu Hitler avec sa propagande génitique raciste qui est évidemment abominable. Mais il y avait du vrai dans son idée d'euthanasie..."

Les plus réticents : certains professionnels eux-mêmes

Jean Bancaud qui a succédé à Jean Talairach à la tête de l'unité de chirurgie stéréotaxique de l'épilepsie dans le service de neurochirurgie fonctionnelle de l'hôpital Sainte-Anne à Paris, est extrêmement sévère pour ces "tentatives souvent hasardeuses, reposant sur une base physiologique fragile, proposées par certains neurochirurgiens "stéréotacticiens" qui semblent uniquement guidés par un souci avant tout technique débouchant sur des résultats opératoires assez peu convaincants".

J. Bancaud et J. Talairach, qui ont démissionné de plusieurs sociétés internationales et refusé de participer à des congrès, reprochent aux psychochirurgiens, leur méconnaissance de l'anatomie cérébrale, leur recul opératoire insuffisant, et le choix hétérogène des malades.

./

Eux-mêmes ont abandonné depuis des années à peu près toute pratique psychochirurgicale.

"Nous savons de quoi nous parlons, dit J. Bancaud, car nous avons nous-mêmes pas mal opéré et nous avons pu constater les dégâts absolument monstrueux que provoquaient les anciennes techniques".

Jean Bancaud oppose la chirurgie de l'épilepsie aux diverses pratiques psychochirurgicales à la mode dans le monde, et la chirurgie n'y est même pas présentée comme la solution idéale. "La nature très probablement biochimique des mécanismes d'élaboration de la décharge épileptique laisse espérer une solution pharmacologique décisive au traitement des accès, même en rapport avec un processus lésionnel localisé. C'est pourquoi la neurochirurgie peut apparaître comme une tentative grossière et, en tout cas, provisoire, pour guérir certaines épilepsies rebelles à la médication. Cependant, en l'état actuel des choses, elle nous parait utile, comme en témoignent les résultats opératoires, à condition d'être soumise à un protocole rigoureux, à des indications précises et à une méthodologie cohérente".

Enfin, le but d'une telle technique opératoire ne doit être que médical : "L'introduction d'électrodes dans le cerveau humain, qui n'est pas un geste anodin, s'il ne s'adresse à une connaissance rigoureuse des coordonnées spatiales des structures qu'on veut atteindre dans l'espace intra-crânien, n'a de justification que si elle permet, dans chaque cas particulier, d'espérer une amélioration ou une guérison de l'épilepsie d'un malade donné.

Il ne doit pas s'agir d'une simple prouesse technique qui risquerait de conduire à une véritable expérimentation chez l'homme si elle n'était pas guidée par une méthodologie rigoureuse comme celle qui a permis, grâce aux travaux, de réaliser d'importants progrès dans la thérapeutique des épilepsies rebelles.

Aussi, sommes-nous résolument opposés aux tentatives, qui consisteraient, sur la base d'hypothèses physiopathologiques hasardeuses et sans une étude électro-clinique préalable cohérente et minutieuse de chaque cas, d'introduire des électrodes dans des structures cérébrales difficiles à aborder sans risque, du fait de leur importance fonctionnelle. Il serait en effet tentant d'explorer des systèmes comme les formations réticulaires dans l'intention de mieux comprendre, par exemple, les mécanismes d'éclosion ou de propagation des décharges "généralisées". Ce serait à notre avis inadmissible dans l'état actuel des choses. Un tel mode d'investigation de l'épilepsie ne peut qu'être réservé à l'expérimentation animale. En réalité, les problèmes d'éthique médicale ont comme critère majeur l'intérêt personnel du malade et non pas comme objectif la satisfaction de mieux apprécier seulement les déterminations de la maladie. Mais lorsqu'on a décidé d'introduire dans un but curatif des électrodes dans l'espace intra-crânien, il serait tout aussi condamnable de ne pas s'en servir pour mieux saisir le fonctionnement cérébral dont le mode de désorganisation chez un sujet donné va permettre d'apprécier la signification de la séméiologie critique chez les autres malades".

./.

AU JAPON - Les délinquants anormaux

Parmi les patients de S. Hirose, il y a la catégorie des "délinquants mentalement anormaux".

Dans un article publié dans les Acta criminologica japonica en 1968, Hirose fait le bilan de 60 cas de délinquants (52 hommes et 8 femmes) qui lui ont été adressées entre 1948 et 1963 par les autorités policières et judiciaires, afin de traiter chirurgicalement "leur comportement anti-social". Il s'agit de 13 auteurs d'homicides, de 18 auteurs de blessures, de 9 incendiaires, de 3 fraudeurs, de 3 personnes ayant pratiqué le chantage, de 9 voleurs, de 3 auteurs de violation de domicile, d'un contrevenant à la loi sur les narcotiques et d'un criminel de guerre. Seize d'entre eux ont moins de 20 ans, et parmi ceux-là, ont moins de 15 ans.

EN ALLEMAGNE - Les délinquants sexuels

Pour Hassler et Dieckmann "la cible appropriée pour retourner la tendance à l'homosexualité pédophilique en une tendance à l'hitérosexualité devrait être la partie basale du noyau ventro médial, qui est active sur les gonades, et serait, selon Dörner, le centre du comportement sexuel femelle".
Au sympossium de Tokyo en 1973, est rapporté le traitement chirurgical de six délinquants sexuels (3 homosexuels : 43, 42, 51 ans atteints de "pédo-éphébophilie" ; et 3 hétérosexuels : 36, 34 et 35 ans, atteints "d'hyper sexualité violente").

Parfois ces délinquants sexuels sont agités. En conséquence chez l'un des "hypersexuels violents" on a détruit aussi les zones du thalamus qui gouvernent l'hyperactivité. Les résultats furent les suivants :

Pour les trois patients homosexuels, les résultats furent bons. Cela signifie la perte complète d'activité homosexuelle. "Cependant les intérêts pédophiliques des patients n'ont pas été complètement étouffés. Leur déviation sexuelle est significativement réduite, le premier patient déclarant même qu'il est devenu complètement impuissant deux ans et demi après l'opération" !

Quant aux trois hétérosexuels "médiocre réduction de leur déviation sexuelle, mais ils deviennent plus maniables".

En 1975, au IVème congrès mondial de chirurgie psychiatrique, Hassler et Dieckmann rapportent le cas d'un sujet qu'ils viennent d'opérer, et pour qui l'alternative était posée : castration ou intervention psychochirurgicale. Le psychologue de l'équipe rapporte quant à lui : "En plus d'une réduction de la puissance sexuelle, notée dans les deux groupes, on note également une réduction importante et définitive de l'activité onirique, des perturbations de la vision et une "tendance accrue à la stéréotypie". Des changements affectifs importants sont notés" ; après deux ans, nous avons observé une considérable excitabilité affective et une perte de contrôle dans deux cas. Les patients ont semblé être encore moins inhibés qu'avant l'opération.

./.

D'un autre côté, deux patients sont devenus indifférents, mais chez un autre patient "la réduction de la puissance sexuelle a conduit à des symptômes névrotiques, comme la perte de confiance, l'hypocondrie, et des changements d'humeur réactifs et dépressifs. Le conflit névrotique semblait être semblable à celui qui fit émerger le comportement homosexuel du patient au cours de sa puberté".

Quant au docteur Roeder, il ne s'intéresse pas qu'aux violents sexuels, mais aussi aux alcooliques, aux drogués, aux nymphomanes, aux agoraphobes, aux suicidaires ou même aux joueurs invétérés... Vingt patients hypersexuels ont été opérés.

De même, Müller en 1974, a opéré deux délinquants sexuels, avec les mêmes succès. Et de préciser : "Virtuellement, il n'existe aucun problème légal et juridique, puisque par cette procédure stéréotaxique, ni la castration chirurgicale, ni la castration chimique, ne sont impliquées".

Les chirurgiens allemands tendent donc à se spécialiser de plus en plus dans le traitement des déviations du comportement.

Le Docteur Roeder insiste sur l'aspect financier "il suffit de comparer le coût de l'internement en prison ou en asile (très élevé) avec le coût de l'intervention stéréotaxique (minime).

Le Docteur Mundinger admet qu'il y a chaque année en République Fédérale, un certain nombre d'opérations. Il opère lui-même des schizophrènes et des personnes agressives. "Mais ajoute-t-il, compte tenu de certaines expériences du IIIème Reich,nous prenons des précautions" !

EN AMERIQUE - Le traitement chirurgical des enfants hyperactifs

Andy utilise surtout la thalamotomie.

Il rapporte le cas d'un jeune malade, JM, âgé de 9 ans, et qui a subi jusqu'à 6 interventions !!! La première, en 1962.

Après la cinquième intervention (une fornicotomie) des pertes de mémoire des évènements récents se développent et le patient devint beaucoup plus irritable, contradicteur et combatif. En conséquence, une thalamotomie fut pratiquée. "Le patient est à nouveau ajusté à son environnement et a montré un progrès sensible dans le comportement et la mémoire".

En 1969, Andy apporte quelques détails supplémentaires à un symposium à New-York. On apprend que "JM était mentalement "dans la moyenne" malgré un électro-encéphalogramme anormalement lent" mais que depuis la dernière communication "intellectuellement cependant le patient se détériore".

./.

En 1970, au deuxième congrès mondial de psychochirurgie de Copenhague, Andy présente une communication sur la thalamotomie appliquée au "syndrome d'hyperresponsivité". Ce terme a succédé à celui d'hyperactivité. Andy le définit comme "une instabilité erratique, agressive, hyperactive et émotionnelle, d'un caractère épisodique, qui dans son expression totalement développée se termine par l'attaque.

On retrouve le cas de JM, mais son cas n'occupe plus que trois lignes. Il est classé parmi les bons résultats, et on apprend qu'il est devenu travailleur manuel et qu'il "aurait été interné s'il n'avait pas été opéré" !

Parmi les résultats moyens, les notations sont toutes aussi bêtes. En voici un exemple.

"Xx, âgé de 7 ans, hyperactivité et crises. Thalamotomie bilatérale, 19 juin 1968 et 2 janvier 1969 - Amélioration ou diminution modérée de l'hyperactivité et des crises".

Le but de telles opérations sur les enfants est de "réduire l'hyperactivité à des niveaux maniables par les parents".

Dans une lettre adressée au Docteur Breggin, il explique "que le sujet hyperactif et agressif devient coopératif et facilement maniable bien que toujours improductif".

AU JAPON

Hirato Narabayashi a introduit la stéréotaxie au Japon en 1951. Il s'intéresse surtout à "l'amygdale". Il s'est d'abord intéressé à l'épilepsie, puis au syndrome plus flou de "personnalité épileptique" et enfin outre les épileptiques, au fil des années les indications opératoires se sont élargies, englobant tous ceux qui "ont des problèmes de comportement sérieux comme la violence, le comportement explosif incontrolable, l'instabilité de caractère ou le faible pouvoir de concentration".

En 1966, Narabayashi et Uno présentent un rapport sur 27 enfants atteints "d'idiotisme" ou "d'imbécilité" et qui ont été opérés par stéréotaxie.

Les enfants de 5 à 13 ans sont "caractérisés par l'instabilité, les désordres relevant du comportement hyperactif et une faible concentration, plutôt qu'un comportement violent ; il était difficile de les faire s'intéresser à un objet ou à une certaine situation".

Mais grâce à l'opération, "ils ont atteint le degré d'obéissance satisfaisante et d'humeur constante et stable, qui leur ont permis de rester dans leur environnement social comme le jardin d'enfants ou l'école pour arriérés mentaux".
"L'enfant a été apprivoisé, est devenu obéissant et commence à montrer une attitude plus compréhensive et coopérative avec le milieu".

./.

De 1958 à 1975, Narabayashi a opéré 78 enfants. A côté de cas d'atteintes cérébrales graves, on trouve de simples problèmes d'adaptation au milieu familial.

Il s'est bien rendu compte que le syndrome d'hyperactivité chez les enfants était pour le moins nébuleux. Aussi a-t-il cherché à déterminer le plus scientifiquement possible les paramètres qui permettent de définir le comportement de l'enfant avant et après l'opération.

Deux de ses collaborateurs ont imaginé et construit une petite chambre d'expérience qui ne diffère de la traditionnelle cage des rats béhavioristes que par la dimension : 3,3 sur 4,5m. Le sol de la pièce est divisé en 20 secteurs égaux. Le déplacement de l'enfant d'un secteur à l'autre, la durée de son intérêt pour tel ou tel jouet, sont traités statistiquement et portés sur des graphiques.

Ces observations permettent de déceler mathématiquement s'il y a eu réduction de l'hyperactivité et amélioration de la concentration.

L'observation se fait à travers une glace sans tain ou mieux grâce à un enregistrement sonore et visuel.

Ces travaux ayant suscité quelques critiques, le Docteur Narabayashi, tout en continuant à déclarer que "l'amygdalotomie" permet d'obtenir des résultats positifs, préfère ne pas opérer désormais de patients hyperactifs et agressifs, à moins qu'ils n'aient aussi de symptomes épileptiques évidents.

On veut donc des enfants sages, dociles, disciplinés.

Keiji Sano a choisi comme cibles le fornix et l'hypothalamus pour réduire le comportement violent. Il nomme cela la "neurochirurgie sédative".

Sano détruit une partie de la zone postérieure de l'hypothalamus à l'aide d'une électrode. "Le patient est devenu remarquablement calme, passif et docile, montrant une diminution de la spontanéité". Parmi les patients opérés, il y a des enfants, l'un d'entre eux a 4 ans à peine.

A un colloque de la Société neurologique de Houston sur les "bases neurologiques de la violence et de l'agression" il fait état de 56 hypothalamotomies, dont 49 ont pu être suivies. Voici ces résultats :

17 résultats "excellents", 29 "bons", 3 "inchangés"

EN ALLEMAGNE

G. Dieckmann et R. Hassler

En 1971, vingt enfants ont été traités par destruction locale d'une zone du thalamus.

./.

10 d'entre eux ont eu des améliorations de 50 à 80 %
7 d'entre eux ont eu des améliorations de 90 à 100 %
3 d'entre eux ont eu des améliorations de 0 à 40 %

Il s'agissait de syndromes d'hyperkinésie avec violence chez les enfants arriérés ou dans l'épilepsie temporale.

Nous voyons donc que parmi les clients de la nouvelle vague psychochirurgicale, se trouvent les enfants "hyperactifs".

Cette indication psychochirurgicale est donc la même que celle qui concerne nos observations.

Les techniques psychochirurgicales employées, pour "traiter" nos enfants, demeurent des techniques encore applicables en ce moment, Andy cite en effet les principales methodes dont dispose aujourd'hui le psychochirurgien : "lobotomie préfrontale, cingulectomie, cingulotomie, amygdalotomie, hypothalamotomie latérale ou postéro-médicale, fornicotomie, réticulotomie, thalamotomie (antérieure, dorsomédiale ou postéro-ventromédiale)".

Nous allons donc essayer d'étudier nos observations, et de comparer nos résultats avec ceux rapportés dans la littérature. Nous insistons sur le fait que nous disposons d'un recul important (entre 6 ans et 25 ans) sauf pour un seul cas dont le recul est de 6 mois.

- LES OBSERVATIONS -

(15 CAS)

Service du Dr. Gambs

ELIANE

(née le 28 septembre 1947)
-observation n°1-

Antécédents familiaux : RAS

Antécédents collatéraux

- [illegible] grand-tante hospitalisée à l'hôpital psychiatrique du Puy, pour arriération

[illegible] : RAS

Antécédents personnels

- [illegible] : normale

accouchement à terme

- allaitement artificiel dès la naissance

Développement psychomoteur

marche à 27 mois
quelques balbutiements à 27 mois

Histoire de la maladie jusqu'à l'intervention

- mise en nourrice à 15 jours
[illegible] jours après : gastro-entérite et otite bilatérale

- 14 mois, convulsions (VAV durant l'été)
l'enfant n'a pas été hospitalisée

- à 2 ans, mastoïdite

Eliane a TOUJOURS été très agitée. Elle crie sans cesse, ses mouvements [illegible] désordonnés, très stéréotypés et interprétés alors comme des tics

- rétrospectivement un diagnostic d'agitation post-encéphalitique (variole) est porté en 1949, puis ensuite on parle d'agitation post-encéphalitique mais dont la genèse pourrait évoquer l'hypothèse d'une phlébite

- En 1954 - l'EEG est normal
PEG assymétrie ventriculaire modérée

A sept ans, elle quitte donc le foyer familial pour une maison "spécialisée" pour débiles profonds. On notait alors qu'elle ne parlait pas, ne souriait jamais, que l'affectivité était inexistante, et qu'elle paraissait hallucinée
Elle est moins agitée, ses gestes sont moins incohérents, mais il existe toujours des réactions impulsives.

./.

- En 1956, elle s'isole du monde et présente des phobies diverses. Elle frappe par son attitude de sourde-muette et par sa propreté extrême.

- En 1957, elle retourne chez elle où elle se montre agitée. Pourtant parfois elle se fige, et reste immobile un quart d'heure, comme si elle voyait des choses effrayantes, puis tout à coup brise un objet ou frappe la personne la plus proche.

- En 1959, la PEG est normale
  On décide alors, au lieu d'une hémisphérectomie, de pratiquer une topectomie.

- L'intervention psychochirurgicale

indication : agitation dans la famille

intervention : topectomie préfrontale bilatérale

La mère : "je l'ai fait opérer parce que j'espérais qu'ils la tueraient".

- Après l'intervention

Cette intervention n'ayant en aucune manière modifié ni l'agressivité, ni l'agitation, Eliane est finalement placée à l'hôpital du Vinatier en décembre 1959 pour débilité évolutive et agressivité.

A l'entrée, se présente comme une autistique, avec des stéréotypies gestuelles typiques multiples.

On commence alors à s'interroger sur les possibilités d'une évolution psychotique associée à une surdité.
Le comportement de l'enfant n'est pas celui d'une débile pure. Elément shizoïde surajouté ou réaction autistique par carence de soins affectifs. L'allure de la famille et les relations qu'elle entretient avec l'enfant orienterait dans ce sens.

Des électrochocs sont alors tentés. Ils n'amènent aucun résultat sur l'autisme, mais par contre l'agressivité est accrue.

Une cure de sakel est pratiquée l'année suivante (jusqu'à 60 comas). Une amélioration importante mais passagère s'en suit.

Les années qui suivent, voient s'installer un comportement déficitaire progressif avec autisme complet, incontinence, passivité.

En 1970, elle est placée dans un service d'arriérées profondes où elle se comporte comme une schizophrène autistique. Elle est toutefois capable d'un certain mode de relation et d'un certain niveau d'activité.

Une à deux fois par an, elle traverse des périodes d'excitation anxieuse avec attitudes hallucinatoires.

Service du Dr. Gambs

ELIANE C

(11 ans)

Le 25 septembre 1959 - topectomie préfrontale bilatérale

Diagnostic : troubles caractériels chez une enfant

Scalp antérieur : Volet à cheval sur la ligne médiane

Taille de deux lambeaux duraux à pédicule médian

Résection du cortex en avant de la suture coronale après clipage des vaisseaux et à l'aspiration, résection de la pointe du lobe frontal et de la circonvolution supra-calleuse.

Suture et suspension de la dure-mère

Le volet est fixé par des points périostés

Suture du cuir chevelu en un plan sans drainage.

Examen histo-pathologique

L'écorce cérébrale est sensiblement normale. Mais sous le fragment (1) l'on doit noter, sous la méninge, au-dessus de la corticalité un épaississement des éléments conjonctifs et un aspect angiomateux veineux des vaisseaux, relativement localisé et contrastant avec le reste de la préparation. - Professeur P. Girard.

YVES

(né le 10 octobre 1957)
-observation n° 2-

- Antécédents familiaux -

  • père - ancien pupille de l'assistance, parait avoir dominé ses problèmes personnels

  • mère - n'a jamais pu accepter son enfant, même petit

- Antécédents collatéraux -

  Second d'une fratrie de trois enfants (deux soeurs).

- Antécédents personnels -

  • grossesse)
  • accouchement) RAS
  • allaitement artificiel
  • développement psychomoteur

    marche à 14 mois
    propreté et parole non acquises à 3 ans

- Histoire de la maladie jusqu'à l'intervention

  • cataracte congénitale bilatérale (inopérable) ayant entrainé un important déficit visuel.
    l'audition est normale

  • dès sa seconde année, il fait problème en raison d'une agitation permanente et bruyante

  • dans sa quatrième année, une tentative de scolarité maternelle échoue. L'école ne le tolère pas.

  • un aérium pour enfants où on le place, à l'occasion de la naissance de sa petite soeur, déclare ne plus pouvoir le garder au bout de 8j.

  • on ne trouve pas d'autres anomalies ectodermiques et en particulier du système nerveux. Un tel facteur organique n'a pu être mis en évidence.

  • niveau mental au B.M : 36 mois pour 4 ans d'âge réel. Soit QI voisin de 75. Mais ne dit que deux-trois mots.

- L'intervention

  A 5 ans, en avril et septembre 1962, lui sont pratiquées deux topectomies pré-frontales.

./.

- Après l'intervention

  • ces interventions ne sont suivies d'aucune amélioration

  • et de l'âge de 5 ans 1/2 à 12 ans 11 mois, Yves est confié à un placement familial rural pour débiles profonds. Il y fait quelques acquisitions sociales de base. Jugé d'un comportement non tolérable par l'organisation des placements familiaux, il est confié à l'hôpital psychiatrique.
  • à 12 ans 11 mois, il est adressé au Vinatier avec le diagnostic de "véritable démence irréductible".

L'autisme domine son comportement. L'anxiété permanente suscitant des comportements de défense, relevant de l'autisme, en particulier des stéréotypies verbales (Vivi gentil) gestuelles (regarde sa main) comportementales (flairer, se masturber). Mais l'anxiété explose aussi en accès aigus accompagnés d'auto-agressivité.

Durant son séjour, une amélioration relative du comportement est observée :

- en décembre 1972, à l'occasion d'une cure d'insuline (chocs humides et non cure de sakel) pratiquée en vue d'augmenter le maternage

- en 1973, à l'occasion d'un abcès des parties molles de la plante du pied qui l'immobilise au lit et fournit une occasion de maternage supplémentaire

- enfin, depuis l'automne 1973, il se trouve dans un groupe d'adolescents et d'adolescentes psychotiques où existe une disponibilité particulière de la part d'éducatrices collaborant d'une façon concrète dans l'intérêt de leurs protégés.
  Il est néanmoins l'un des plus désemparés de ce groupe, et ceci s'explique peut-être par les concurrences ou rivalités qui s'établissent entre ceux qui progressent davantage et ceux qui stagnent.

- il est à noter par ailleurs que l'intervention laisse subsister, témoin des cicatrices et de l'atrophie cérébrale, une épilepsie,

  première crise le 24 juillet 1972 de type grand mal

  deuxième crise le 20 octobre 1973.

Service du Dr. Grambert

CHRISTINE

(née le 17 avril 1964)
-Observation n° 3-

- Antécédents familiaux

  père
  mère } RAS

- Antécédents collatéraux

  Un frère aîné en bonne santé

- Antécédents personnels

  • grossesse
  • accouchement } RAS

  • développement psychomoteur

  Sa croissance se serait arrêtée à la fin de sa première année, puis elle aurait rattrapé son retard

  Marche à deux ans

- Histoire de la maladie jusqu'à l'intervention

  • l'enfant présente un 6ème doigt (pied gauche et pied droit)

  • bébé, elle grimaçait et suçait continuellement sa langue. "Elle n'a jamais beaucoup ri... on aurait dit qu'elle souffrait... Elle souriait, puis se jetait par terre en criant, comme si elle souffrait".

  • mais les parents précisent qu'en fait jusqu'à l'âge de 2 ans ils n'ont pas eu de problèmes.

  • c'est à partir de l'acquisition de la marche, que la famille s'alarme, en découvrant les crises akinétiques

  • les crises deviennent spécialement fréquentes vers l'âge de trois ans C'est au même âge que sont remarquées l'instabilité, l'agitation anxieuse.

  • De 3 ans à 5 ans 1/2, une aggravation progressive s'installe, les parents ne peuvent plus la garder. Christine hurlait, cassait tout, se mordait le dos des mains.

  Par contre, la comitialité est assez bien stabilisée par le traitement.

  • Elle est alors hospitalisée dans un service de neuropsychiatrie infantile, où est posé le diagnostic de syndrome de Lennox.

./.

La lecture du dossier nous montre qu'un maternage a eu un effet bénéfique. "L'enfant est transformé, calme, mange à table". "La visite des parents entraine une recrudescence importante d'agitation avec cris". "Elle est bien moins instable, présente des hurlements lorsqu'elle est contrariée, ou qu'elle recherche le contact avec l'adulte".
"L'enfant s'intéresse de plus en plus à ce que l'on dit, elle essaierait même d'articuler quelques mots".

Il est noté d'autre part : "comportement carrément psychotique avec hurlements symptômatiques des modifications de la distance à l'autre, lorsque ce n'est pas elle qui a la maîtrise de la distance".

Mais l'avis du chef de service est divergent, il est alors écrit : "Personnellement, je pense pouvoir dire que cette enfant est une "idiote" avec dysthymie agressive et recherche d'un contact très primitif avec l'adulte. En cas d'échec on serait amené à envisager une topectomie".

Une permission chez elle se passe mal (elle refuse de prendre ses médicaments, elle faisait semblant de les avaler, puis elle les recrachait).

Une solution de placement est toutefois recherchée. Les parents ne veulent pas la reprendre chez eux. Aucun établissement dans la Loire n'existant, les filles du département sont orientées soit au Puy, soit à "La Charité" à Saint-Etienne.

Les parents acceptent l'éventuelle admission à l'hospice de Saint-Etienne, mais ils sont disposés à autoriser une topectomie au préalable.

Elle est alors adressée, avec le diagnostic "de syndrome de Lennox avec spasmes akinétiques. Cette atteinte comitiale évolutive probablement séquelle d'une embryopathie se traduit d'autre part par des manifestations incessantes d'agitation avec auto-agressivité, conduites clastiques et hétéro-agressives".

- L'intervention

En mai, puis en octobre 1970 - topectomie péricalleuse préfrontale et orbitaire Droite, puis Gauche.

L'examen histologique à l'occasion de la topectomie a montré un aspect pseudo-angiomateux dans les régions cérébrales concernées. Ce qui irait dans le sens d'une embryopathie, mais qui n'est pas spécifique. De plus, l'enfant à la naissance avait des doigts de pied supplémentaires.

- Après l'intervention

. Ce sont essentiellement les crises qui font problème, et ceci durant toute l'année qui suit l'opération.
Une à plusieurs crises par jour. Et il faut attendre le mois d'avril 1971, pour que l'enfant reste 15 jours sans faire de crises. De plus, l'amélioration du comportement qui avait eu lieu lors de son séjour

./.

dans le service de neuropsychiatrie, ne se produit pas cette fois là. Le comportement est identique à celui qu'elle présentait chez elle avant sa première hospitalisation. Les crises clastiques persistent donc malgré un traitement neurolytique où tous les dérivés ont été essayés sans succès.

A l'EEG, le tracé ne s'améliore pas.

Elle est alors adressée à l'hôpital du Vinatier, en placement d'office; elle a 7 ans.

Le 7 juin 1971 "les paroxysmes d'agitation que l'enfant manifeste en particulier depuis un mois, la rendent dangereuse pour elle-même et pour son entourage".

A l'entrée, l'enfant présente une agitation psychomotrice incessante, elle n'a aucune conscience du danger, elle doit être surveillée en permanence. Ne fixe pas son regard, qui est errant, anxieux. Pousse des cris bruyants et se frappe du poing.

Sous l'effet du traitement purement symptômatique, Christine dort une partie de la journée. Réveillée, elle retrouve la même agitation, les mêmes cris. Porte les doigts à sa bouche pour se mordre. Puis l'enfant semble s'adapter peu à peu. Elle se laisse approcher mais crie quand on la soulève. Le contact s'améliore progressivement avec recherche souriante du maternage. Mais l'enfant est victime d'infections à répétition : oto-rhinopharyngées, broncho-pulmonaires. Les parents remarquent "qu'à chaque changement, Christine a une petite maladie".

Pendant un an, l'évolution sera émaillée d'accès hyperthermiques, en relation directe avec une infection latente, ORL, aggravée par la fragilité de la régulation thermique post-encéphalopathique.

L'enfant régresse de plus en plus, dans un autisme tragique, indifférente aux éducatrices et aux autres enfants.

Elle ne se lève plus du tout, ne reste même pas assise, devient anorexique avec son cortège d'amaigrissement et d'affaiblissement. Elle déglutit les aliments solides, alors qu'elle ne déglutit pas l'eau. Une tentative de maternage sous forme de perfusions et de mobilisation corporelle avec une relation privilégiée à une éducatrice n'apporte aucun résultat. L'autisme reste aussi profond, en dépit du sourire ou du regard qui semblent rechercher le contact.

Parfois elle retrouve une voix très forte pour hurler, mais ces accès soit tournent court, soit précèdent une crise épileptique.

On note en effet, en gros, une crise par semaine. Celles-ci augmentant lors des accès thermiques.

L'EEG révèle un tracé très anarchique et très perturbé.

Au cours d'un accès hyperthermique, le 1er novembre 1972, Christine meurt une nuit, sans bruit, elle qui avait tant crié, dans un tableau de cachexie.

Il nous apparait que, indépendamment des processus d'atrophie cérébrale progressive, cette petite fille s'est laissée mourir dans sa solitude, et dans son désespoir incommunicables.

Patrick Not.

(né le 21 octobre 1958)

-observation n° 4-

- Antécédents familiaux - RAS

- Antécédents collatéraux

/ Une soeur, née le 23 juin 1957

(on apprend incidemment, par la grand-mère, qu'elle a présenté des réactions auto-agressives identiques à son frère, alors qu'elle est "tout à fait intelligente" dit la grand-mère)

- Antécédents personnels

• grossesse - RAS

• accouchement : césarienne à terme (?) - PN : 3,5 kg.
existence d'une fissure palatine

• développement psychomoteur

retard postural, la station debout a été tardive
Marche à 2 ans 7 mois
Absence de langage et de propreté

Donc premier développement retardé.

- Histoire de la maladie jusqu'à l'intervention

• A 18 mois, opération d'une fissure palatine.
Ce serait, aux dires de la mère, qu'après cette intervention (séparation 21 jours) que l'enfant aurait présenté des troubles du comportement : agitation, auto-agressivité.
Il ne supporte aucune frustration, comportement clastique et hurlements, s'il est contrarié.

• En 1961, PEG et EEG sont normaux.

Syncope respiratoire brutale deux heures après PEG

Anoxie pendant 10 minutes - Réanimation par respiration artificielle.

Age mental aux environs de 10 mois
L'appréciation du niveau est presque impossible en raison du comportement de rejet à l'égard de presque tous les objets.

./.

- Intervention psychochirurgicale en 1962

  • Topectomie préfrontale, péri-calleuse et orbitaire du côté D le 5 janvier 1962.

  Le diagnostic était alors : arriération avec agitation et tendance clastiques.

  Age : 3 ans.

  • Topectomie préfrontale, péri-calleuse et orbitaire Gauche le 16 février 1962/

    - A dû être hospitalisé un mois apres l'intervention du fait de la suppuration de la plaie opératoire

    - L'examen ana-pathologique a montré des lésions du côté gauche et une réduction du nombre des neurones alors qu'à droite, il n'est rien apparu.

    - Quant au comportement, il est inchangé.

- Après l'intervention

  • On assiste à une succession d'hospitalisations, d'examens, de traitements ...

  • En juin 1963, l'EEG montre un tracé peu régulier, peu rapide pour l'âge. L'endormissement a mis par ailleurs en évidence quelques discrets signes irritatifs diffus.

  • Entre au Vinatier le 21 décembre 1963.

    - L'enfant est alors extrêmement agité, très anxieux, comportement auto-agressif et autistique. Refus d'alimentation.

    - Son comportement s'améliore rapidement - il cesse de se griffer, et de se frapper. Il commence à sourire
      Réagit mieux avec une éducatrice qu'une autre
      Très exigent sur le plan affectif
      Jeu autistique : fait tourner une chaussure qu'il tient suspendue par le lacet.

    - Puis à nouveau période de perturbation avec agitation - Agressivité avec les autres et lui-même.

    - Et c'est ainsi une suite de phases de relative acalmie et de rechutes.
      Phase d'agitation où il abandonne ses activités stéréotypées pour une manipulation discordante des objets

      Peur de type pholique des grillages et des filets à provision.

    - Il a présenté des crises d'épilepsie au début de son séjour au Vinatier, puis aucune autre par la suite.

./.

L'EEG de 1971 ne montrait aucune anomalie épileptogène. Le traitement barbiturique a donc été suspendu.

- La mère vient tous les ans. En 1974, elle n'a pas reconnu son fils, elle l'a confondu avec un autre enfant.

Topectomie préfrontale péricalleuse et orbitaire du côté Droit

5 janvier 1962

Diagnostic : arriération avec agitation et tendances clastiques

Age : 3 ans

Incision coronale

Le lambeau antérieur est rabattu en avant

Forage de 4 trous de trépan

Relèvement du volet frontal D à pédicule temporal D

Taille d'un lambeau dural à pédicule médian

Cerveau ayant l'aspect et la consistance d'une encéphalopathie diffuse

Topectomie préfrontale, péricalleuse et orbitaire

Les fragments du cerveau pathologique sont envoyés à l'examen microscopique

Suture durale étanche

Réapplication du volet

Suture du périoste

Suture du lambeau en deux plans

Topectomie préfrontale péricalleuse et orbitaire Gauche

16 février 1962

(2ème intervention)

Reprise de l'incision coronale du premier temps opératoire

Forage de 4 trois de trépan

Relèvement d'un volet frontal para-médian G à pédicule temporal G

Taille d'un lambeau dural à pédicule postérieur

Résection corticale préfrontale, péricalleuse et orbitaire du côté Gauche, respectant la cérébrale antérieure gauche, ainsi que la bandelette olfactive gauche. La citerne opto-chiasmatique n'est pas ouverte

Suture durale étanche

Réapplication du volet

Suture périostée

Suture des parties molles

RAYMOND B

(né le 30 septembre 1949)
-observation n° 5-

- Antécédents familiaux

Parents très revendicateurs - rejetants

- Antécédents collatéraux

Un frère
Une soeur } RAS

- Antécédents personnels

. grossesse : normale

. accouchement : à terme, PN : 4,150 kg

. allaitement maternel jusqu'à 5 mois

. développement psychomoteur

première dent : 7 mois - premiers mots : 15 mois
marche : 1 an - propreté : 1 an 1/2

Donc pas de retard des premières acquisitions, mais eczéma

- Histoire de la maladie jusqu'à l'intervention

. A un mois 1/2 - opéré d'une sténose du pylore

. A 10-11 mois - eczéma

. A 18 mois - vaccination anti-variolique (en même temps que se déclare une coqueluche : quintes de toux 8 jours après la vaccination)
11 jours après : convulsions, hyperthermie, hémiplégie G

Encéphalite post-vaccinale, ou due à la coqueluche ?

- Persistance de séquelles encéphalitiques (foyer épileptogène temporal G), mais comitialité bien équilibrée par le traitement.
Par contre existence d'importants troubles caractériels et l'on notait alors "sans doute accentués par une carence éducative extrême : chez lui il est le caïd, et ses parents ont peur de lui".

./.

- Plusieurs hospitalisations et placements, puis en

- 1961, c'est l'intervention psychochirurgicale

En mars et avril : topectomie frontale bilatérale.

- Après l'intervention

Son état ne s'améliore pas, puisqu'il est interné en placement d'office au Vinatier.

. Il présente un comportement typique de schizophrène catatonique (aucun contact avec les autres enfants, grimace, parle et rit toujours seul - écholalie bien qu'il emploie la première personne - masturbation en public).
Les cris et les absences sont parfois suivis d'une euphorie et d'une activité surprenante, pendant un bref délai.

. En 1972, on note une augmentation de la fréquence des absences. Le tracé à l'EEG montre la prédominance frontale avec la topectomie. A noter également que les crises se produisent de façon préférentielle les jours de visite du père, elles semblent être la relation préférentielle au père.

. L'attitude des parents est très revendicatrice et agressive.
L'hôpital représente l'ensemble de la société responsable de l'encéphalite vaccinale et tenue à réparer. Un procès a été du reste intenté et gagné. L'Etat a dû verser des dommages et intérêt

Puis ensuite, on a assisté à la "dépression" de la mère, puis maintenant c'est celle du père. Ils sont actuellement suivis tous les deux en psychiatrie.

Désir de mort du fils confirmé par l'hyper-protection massive. Que se passera-t-il le jour où la réalité viendra confirmer les fantasmes de mort à l'égard du fils ?

Service du Dr. Grambert

JOELLE V

(née le 4 mai 1955)

-observation n° 6-

- Antécédents familiaux

Père : ancien colonial, ayant présenté jusqu'à l'âge de 12 ans, des convulsions non fébriles.
Il est également qualifié du terme de "nerveux" tout comme un enfant d'une de ses soeurs, qui est soigné dans une "maison".

Mère : RAS

- Antécédents collatéraux

André né le 24 février 1952
Jacques né le 11 décembre 1953

Les deux aînés ont présenté jusqu'à l'âge de deux ans, des convulsions fébriles. Depuis cette date, aucune crise à signaler. Leur développement psychomoteur est bon.

- Antécédents personnels

. grossesse : "douleurs" durant tout le dernier mois.

. accouchement : normal, à terme
PN 3,6 Kg - cri immédiat

. allaitement : maternel jusqu'à 7 mois

. convulsions apyritiques à deux reprises à l'âge de 2 ans et 2 ans 1/2.

. développement psychomoteur

première dent à 7 mois - premiers pas à un an - premier mot : à 4 ans ne parle pas - propreté : 2 ans 1/2

Le premier développement est donc normal, sauf en ce qui concerne le langage.

- Histoire de la maladie jusqu'à l'intervention psychochirurgicale

./.

- Essai d'école maternelle en 1959, mais sans succès, l'école la tolère mal : elle est instable, remuante, agressive avec les autres enfants, ne s'intéressant à rien à l'école, comme à la maison.

- Elle est souvent opposante, refusant de manger seule

- Dort également peu, et d'un sommeil très agité

- Parfois sans raison, elle éclate de rire

- Elle est alors amenée en consultation de neuropsychiatrie infantile en 1960, où il est signalé que l'examen neurologique est normal, ainsi que l'EEG.

- L'examen psychologique montre : (examen du 21 avril 1960)
  Niveau mental 2 ans 2 ans 1/2 au BM
  QI : 0,40 à 0,50
  Grosse instabilité motrice.

- En mai 1961 : convulsions sans raison apparente avec perte de connaissance, révulsion des yeux

- En octobre 1961 : Joëlle est victime d'un accident. Elle passe sous une voiture, mais les lésions ne sont pas graves. Par contre, son comportement est toujours très particulier : "veut manger par terre comme le chat". Ne parle pas avec sa mère.

- En janvier 1962 : hospitalisée d'urgence en pédiatrie pour une crise comitiale avec obnubilation consécutive. On notait alors l'absence de température, et de signes méningés. L'EEG était négatif, de même que le FO et la recherche d'acide phénylpyruvique

  Elle sort le 17 janvier.

  A sa sortie, la mère trouve une enfant opposante au comportement toujours anormal avec refus alimentaire. Elle amène donc Joëlle le

- 21 janvier 1962 au pavillon de neuropsychiatrie infantile, où elle sera hospitalisée un mois

  Dans ce service, elle crie d'une façon perçante et impérieuse, sans raison, puis elle plonge la tête dans ses pieds et ne bouge plus.
  Ne s'intéresse pas du tout à l'entourage, ne parle pas, refuse de manger.
  Elle déglutit mal et salive énormément
  Elle est gavée le premier jour, puis ensuite mange des aliments moulinés.

  A l'EEG - foyer épileptogène actif en dérivation rolandique G, et un ralentissement temporo-occipital du même côté.

./.

Niveau mental : 2 ans 1/2 - QI 35

Le diagnostic d'imbécilité comitiale est alors porté.

. Durant les deux ans qui suivent sa sortie, Joëlle n'a jamais présenté de crises d'épilepsie mais l'instabilité est extrême et son comportement très perturbé (début d'incendie avec le poêle à mazout - grimpe sur la fenêtre, se bat avec ses frères)

A l'EEG du 13 mai 1964 : signes d'épilepsie à expression diffuse sur un fond de rythme un peu irrégulier.

A l'examen psychologique du 15 juillet 1964 : touche à tout sur la table, mais ne se lève que deux fois de sa chaise durant les 3/4 d'heure d'entretien. Quelques épreuves permettent de noter une bonne dextérité mensuelle. Au BM niveau 3 ans 3 ans 1/2.
Les perturbation de contact font penser que l'on ne mesure pas les possibilités réelles de l'enfant.
Ne nomme qu'un des objets du TM : lit = dodo
Pour le reste, des sifflements.

- L'intervention

. Le 28 juillet 1964 : première topectomie préfrontale et orbitaire du côté Droit

L'enfant est toujours effroyablement agitée

A l'examen psychologique du 5 octobre 1964 : aucun progrès au BM. Le niveau ne dépasse pas 2 ans 1/2. L'enfant est toujours aussi agitée et instable.

. Le 24 novembre 1964 : deuxième intervention
Topectomie des aires 9, 10 et 46 gauches
Topectomie des régions péricalleuses et du lobe frontal.

- Histoire de la maladie après l'intervention

. Les suites opératoires furent simples, sans signes déficitaires

. Deux mois après la première intervention, il était noté que l'agitation psychomotrice était un peu réduite (l'enfant non attachée ne se sauve plus de son lit)
qu'il n'existait plus de grandes agitations impulsives comme avant mais que Joëlle hurle parfois sans raison, et qu'elle est certainement beaucoup plus indifférente qu'elle n'était.

. Elle mange seule, n'est pas propre

. Elle prononce beaucoup de sons inarticulés et quelques phrases stéréotypées

. Mais dès le mois de mai 1965 (soit 5 mois après l'opération) Joëlle est à nouveau horriblement agitée, comme avant les topectomies.

./.

A l'EEG : ralentissement discret des rythmes de la région temporale de l'hémisphère D, un aspect irrégulier de l'ensemble des rythmes et d'autre part et surtout d'assez fréquentes décharges épileptogènes d'expression diffuse.

- En juin 1966, Joëlle arrive à l'hôpital du Vinatier, elle a alors 11 ans.

Elle va évoluer par période : grandes crises anxieuses avec hurlement et recrudescence d'agressivité, alternant avec des phases de relative acalmie. Mais l'instabilité demeure inchangée, toujours présente, mais beaucoup moins importante lorsque Joëlle est seule avec l'adulte ou dans de petits groupes (2 à 3 enfants).

En 1970, on note une augmentation de la fréquence des crises d'épilepsie (une par mois au minimum). Crises généralisées, ou absences de longue durée avec automatisme psychomoteur.

Fin 1970, Joëlle est beaucoup plus calme, plus stable, moins agressive, ne mordant plus, et ceci, même en groupe.

Le contact avec l'adulte est bien meilleur, souriante et aimable, tout spécialement avec une éducatrice.

Elle s'identifie et imite les infirmières, s'empare de leur blouse, de leur sac, joue à la dame. Ne s'enfuit plus de son groupe.

Mais en 1971, au retour d'une autre jeune fille qui centre l'intérêt de l'équipe, nouvelle phase d'agressivité.
Joëlle se traîne par terre, à quatre pattes. Ne participe à aucune activité et devient de plus en plus autiste. Fin 1971, elle n'est plus supportée, surtout du fait de ces impulsions auto-agressives et elle change de pavillon.

Mais finalement Joëlle est rejetée de partout. On se plaint de ses vols de nourriture, réactions de colère de la part des vieilles dames, Joëlle perturbant leur tranquilité et leurs petites manies.

- Joëlle régresse de plus en plus ; se couche dans n'importe quel lit et le souille.

En 1973, recrudescence des crises d'épilepsie.

Enfin, en juillet 1976 : hémiplégie consécutive à un état de mal.

TOPECTOMIE

- 28 juillet 1964 - première intervention

Topectomie préfrontale, péricalleuse et orbitaire du côté D.
Evidemment sous piale de la partie interne du lobe frontal de pointe et du bord externe.
L'exérèse de la substance blanche porte environ sur 2 cm de profondeur et permet d'apercevoir la cérébrale antérieure.

- 24 novembre 1964 - deuxième intervention

Topectomie des aires 9, 10 et 46 gauches
Topectomie sous piale à l'aspirateur des régions péricalleuses et du lobe frontal.

Service du Dr. Grambert

Patrick Nov.

(né le 28 janvier 1964)
-observation n° 7-

- Antécédents familiaux

La mère - contact bizarre, anxieuse - mère rejetante

Le père - gros attachement (père-fils) réciproque

- Antécédents collatéraux

. Rose-Marie, née le 17 septembre 1951 - RAS
. Jean-Claude, né le 21 février 1955 - RAS
. En 1953, une petite fille, décédée à la naissance ?

- Antécédents personnels

. grossesse - accident de voiture à 4 mois
placenta praevia à 8 mois

. accouchement
au 8ème mois césarienne
pas de réanimation à la naissance
PN : 3,1 Kg

- Histoire de la maladie jusqu'à l'intervention

- Placé en couveuse 10 jours. A noter que Patrick a alors présenté des convulsions

- Toxicose à 6 mois. Agitation après cet épisode. Le père s'est alors occupé de l'enfant, en raison de la "fatigue" de la mère, et du fait que l'enfant se calmait mieux avec lui

- Instabilité hypomaniaque depuis la première enfance

- Dans sa deuxième année, stéréotypies gestuelles et auto-agressivité

- développement psychomoteur

première dent : 9 mois — premiers mots à 13 mois
premiers pas : 12 mois — pas de phrases à 6 ans

- Succession d'hospitalisations, d'examens, de traitements.

./.

. En 1966 : placement en pouponnière spécialisée. Les parents sont heureux de se débarrasser de cet enfant au sommeil et à l'appétit irrégulier, encore nourri au biberon ("car c'est plus rapide" selon la mère) bien qu'il sache manger de tout.

. En 1967 : on note l'existence de spasmes en flexion persistant, en dehors de toute colère.
L'EEG montre une comitialité diffuse. En mai 1967, une PEG (avec dilatation cisternale) avait été suivie d'une période de calme.

. En 1968 : l'agressivité est encore plus marquée. Incontinence splinctérienne. On notait alors : "enfant boucémissaire, les adultesle supportent mal".
La PEG du 13 juillet 1968 n'entraîne aucune modification du comportement
Le 13 juillet 1968 : première crise convulsive généralisée
Est attaché le plus souvent sur son lit.

Patrick est alors montré en neuro-chirurgie pour interprétation de ces deux PEG. Il est alors noté : "dilatation des citernes opto-chiasmatiques et opto-pédonculaires, pour lesquelles peuvent être envisagée soit
- une ouverture des citernes
- une ouverture de la lame sus-optique
- une topectomie orbitaire".

Et le

- 19 décembre 1968 : Intervention psychochirurgicale

A 4 ans 1/2 - Le diagnostic porté était celui de : arriération - agitation - agressivité.

Les citernes de base étaient effectivement dilatées

Le liquide sous tension en a été évacué

Par ailleurs topectomie orbitaire bilatérale (résection du 1/3 antérieur des deux circonvolutions orbitaires externes).

L'examen histopathologique ne révèle pas d'altérations notables.

- Après l'intervention

- Les suites opératoires sont simples
  Par contre le comportement agressif est inchangé

- En janvier 1969 - épisode anorectique, auquel fait suite une hypersomnie diurne

  Régression du langage - rires immotivés - marche sur la pointe des pieds - conduites obsessionnelles.

Une hospitalisation en milieu psychiatrique est alors décidée :

./.

- L'adaptation a été difficile, en raison de l'agressivité et de l'instabilité (il a fallu 6 à 7 mois)

  Progrès en langage essentiellement et petits progrès en sociabilité

  Premières phrases à 6 ans : phrases agrammaticales, n'utilise pas le Je.

- Le comportement de Patou évolue alors entre des épisodes d'agitation psychomotrice (il se montre parfois agressif, surtout avec les jeunes infirmières - on ne note pas d'autisme - la symptomatologie évoque une agitation hypomaniaque, mais très discordante) et des phases d'apathie avec aboulie.

- A noter qu'il ne présente que de très rares crises d'épilepsie

- Bonnes relations suivies avec les parents, très demandeurs d'examens, anxieux et activistes, s'inquiétant entre autre de l'obésité croissante de leur fils.

Topectomie orbitaire Droite - Libération opto-chiasmatique

Ouverture de la lame sus-optique

(19 décembre 1968)

grande incision coronale

forage de 4 trous de trépan délimitant un volet frontal droit qui est rabattut en DMS sur un pédicule temporal D

taille d'un lambeau dural à pédicule médian

les espaces sous-arachnoïdienne de la convexité sont gorgés de liquide céphalo-rachidien

ponction au trocart de Cushing de la corne frontale D et évacuation d'une trentaine de cm3 d'un liquide ventriculaire eau de roche

Soulèvement progressif du lobe frontal Droit

le cortex est d'aspect macroscopique normal

ouverture de la citerne opto-chiasmatique qui est distendue

Libération des deux nerfs optiques et du chiasme

ouverture de la lame sus-optique

résection du 1/3 antérieur des deux circonvolutions orbitaires externes

les fragments ainsi réséqués sont confiés, les uns au laboratoire du Professeur Jouvet pour dosage de la sérotonine, les autres au laboratoire du Professeur Tomassi pour examen au microscope électronique.

suture de la dure-mère avec points séparés

suspension de la dure-mère aux deux angles antérieurs

points séparés sur la folia

points séparés sur la peau.

Service du Dr. Gambs

Pascal J.

(né le 10 décembre 1959)
-observation n° 8-

- Antécédents familiaux

RAS

- Antécédents collatéraux

. Un frère né en 1957 - RAS

. Deux cousins germains du père "arriérés"

. Une tante maternelle hospitalisée pour les "nerfs"

- Antécédents personnels

. grossesse - perturbée par albumine et hypertension artérielle

. accouchement - 15 jours avant terme
PN : 3,750 Kg

A 13 jours, ictère apparu dans des délais normaux, mais prolongé

. développement psychomoteur

tient sa tête à 6 mois
s'assoit à 1 an
se tient debout à 17 mois
marche à 19 mois
1ère dent à 6 mois

propreté anale non acquise
à 3 ans
ainsi qu'énurésie
gros retard du langage avec
trouble d'articulation

Donc retard du premier développement

- Histoire de la maladie jusqu'à l'intervention

. En 1962 - comitialité bien contrôlée par le traitement.
l'EEG de 1961 était normal.

A la PEG : gros ventricules (mais les radios ne sont pas parfaites)

A noter que la mère lange encore son enfant, et que sans cela, il prend des accès de fureur, se tape la tête contre les murs, aussi bien le jour que la nuit.

A noter en plus de l'agitation, des cris, et de l'autoclastie, une insomnie de jour comme de nuit

./.

. En 1963 - hépatite infectieuse

. Puis ce sont une succession de placements, de traitements...

. En 1966, en consultation en neurochirurgie, il casse une vitre, une intervention psychochirurgicale est alors décidée.

- Le 16 mai 1966, à l'âge de 6 ans 5 mois, c'est l'intervention

Topectomie cingulaire et orbitaire droite

. Le diagnostic est alors : agitation avec crises clastiques

. A l'intervention, il est noté que "le cortex frontal est d'aspect absolument normal sans zone atrophique ni microgyrie ; ce qui semble en contradiction avec les données du récent EEG". ("Les décharges épileptogènes se projettent actuellement préférentiellement sur l'hémisphère droit".)

- Après l'intervention

. L'agitation est inchangée, et plutôt même aggravée

. Il entre à l'hôpital psychiatrique du Vinatier à 6 ans 8 mois

- à l'entrée, instable et autiste

- il a d'abord progressé sur le plan moteur et en ce qui concerne le langage, et en ce qui concerne la sociabilité

en acquisitions sociales : il est devenu autonome pratiquement - très propre

- en langage : raconte ses permissions (vocabulaire très déformé, courtes phrases, petit nègre, n'emploie pas le Je)

très adroit pour les jeux éducatifs, le dessin , la peinture

- puis à l'âge de 10 ans, se manifeste une régression avec auto et hitéro-agressivité

On observe rarement des absences ou des crises comitiales, et l'EEG de 1970, ne montre plus de décharges épileptogènes ce qui entraîne un allègement de la thérapeutique anticomitiale (les EEG de 1966-1967 montraient eux par contre des signes intenses de comitialité).

Ceci correspond à une periode où les parents viennent moins le voir. La maman surtout est rejetante

Le frère aîné supporte de moins en moins son frère

Les parents parlent de Pascal "comme d'une bombe perpétuellement amorcée".

./.

. Puis la situation ne fait que se dégrader.

Pascal réclame en permanence d'aller à "l'atelier" où il montre une grande habileté manuelle

Le rejet familial s'accentue... et Pascal est alors placé dans un service d'adolescents

. où l'adaptation a été difficile

Crises de colères quotidiennes, agressivité à l'égard de ses camarades, et en permanence une "diarrhée verbale" sur un mode interrogatif, metalangage de pseudo-communication.

16 mai 1966 - âge : 7 ans

Diagnostic : agitation avec crises clastiques

Intervention : Topectomie cingulaire et orbitaire Droite

Compte-rendu de l'intervention

- incision coronale surtout poussée vers la droite
- forage de 4 trous de trépan
- relèvement d'un volet frontal D à pédicule temporal
- taille d'un lambeau dural à pédicule sagital. Le cortex du lobe frontal est d'aspect absolument normal sans zone atrophique ni micro-gyrie ; ce qui semble en contradiction avec les données du récent EEG
- ponction de la corne frontale droite qui retire 20 cc de liquide eau de roche sous pression normale
- résection du cortex de toute la circonvolution péricalleuse poussée en arrière jusqu'à l'aplomb de la suture coronale; en avant jusqu'au genou du corps calleux

  Ces fragments de cortex sont envoyés à l'examen microscopique.
- résection du cortex des circonvolutions orbitaires, intéressant les circonvolutions orbitaires interne et moyenne, respectant la circonvolution orbitaire externe
- suture durale étanche
- suspension durale aux deux angles antérieurs
- réapplication du volet
- suture du périoste
- suture du lambeau en deux plans

Examen histopathologique

Outre les lésions habituelles d'origine opératoire, le cortex de la circonvolution examiné semble bien présenter, ça et là, des plages de déperdition neuronale, sans réaction gliale appréciable, sans inflammation visible.

Christian B

(né le 3 mars 1955)
-observation n° 9-

- Antécédents familiaux

RAS

- Antécédents collatéraux

1 fille née en 1949
1 fille née en 1952
1 garçon né en 1954
Christian né en 1955
1 garçon né en 1957
1 garçon né en 1958
1 garçon né en 1960

4ème d'une fratrie de 7, et deuxième garçon

- Antécédents personnels

. grossesse - deux hémorragies ayant nécessité une hospitalisation à l'hôpital de la Croix-Rousse

. accouchement - 15 jours avant terme
PN : 3,6 Kg
malformations : pied varus équin
suivi en chirurgie orthopédique

. allaitement maternel les 15 premiers jours

. Intervention chirurgicale pour sténose du pylore à 1 mois

A noter un épisode syncopal durant l'anesthésie, puis le soir de l'intervention - syncope avec cyanose et pâleur cadavérique, répétée à 4 reprises, puis de nouveau les jours suivants.

Après l'intervention, Christian continue à vomir encore pendant plusieurs mois si bien que la mère ne le touche que pour le changer et pour les repas de peur de provoquer les vomissements. Elle ne le prend donc jamais dans ses bras.

De plus, Christian crie la nuit

. Développement psychomoteur

à un an : se tient assis (pieds normaux, rien aux hanches, pas de signes de rachitisme)

marche à 17 mois

./.

- A 2 ans, convulsions fébriles ayant nécessité une hospitalisation de trois semaines à l'hôpital Debrousse (du 5 avril 1957 au 28 avril 1957)

  L'examen neurologique était normal ainsi que l'EEG

  Au BM : 15 mois pour 2 ans

  QI : 0,75

  N'est pas propre - ne parle pas - marche seul

  Le diagnostic est alors : comitialité patente chez un DEBILE léger dont le passé est chargé (étiologie impossible à étiqueter).

- L'année suivante en 1958 : est pratiquée une encéphalographie gazeuse qui est normale (pas d'atrophie) de même que l'EEG. Par le même observateur , il est noté "grand encéphalopathe".

  Niveau mental : 18 mois - âge réel 3 ans 9 mois
  QI 0,44 - en régression
  Ne parle toujours pas
  A l'examen neurologique : raideur des achilléens et des adducteurs - pas de BBK - La marche est hésitante
  Surdité soupçonnée, confirmée vers 3 ans, niée plus tard (entend en tout cas quand on l'appelle)

- Devant sa grande instabilité, et son agressivité (frappe ses plus jeunes frères, mais aussi se frappe la tête) un essai de placement au Centre Seguin est tenté, mais on ne peut le garder.

- Il est alors proposé un essai médicamenteux de 15 jours, puis une topectomie

- Le 13 décembre 1960 - à l'âge de 5 ans 1/2, est donc pratiquée une topectomie préfrontale, péricalleuse orbitaire Droite

  L'indication opératoire reposait sur le diagnostic d'arriération considérable avec agressivité

  L'enfant reste après cette intervention 3 semaines dans le coma.

- L'échec sur le comportement de l'enfant entraîne une seconde intervention le 11 avril 1961 : topectomie préfrontale péricalleuse et orbitaire du côté Gauche

  Depuis les interventions, l'enfant est resté agressif envers ses frères et sœurs, il est très agité la journée, la nuit il dort assez bien, mais... attaché. Il se frappe moins.

  Ne manifeste pas plus d'intérêt pour sa mère que pour les autres adultes. Ignore les autres enfants. Joue seul. Manipulation assez habile des jouets.

- Un internement est alors demandé, et il entre au Vinatier le 19 septembre 1961.

./.

A son entrée, il a fait un épisode anxieux avec augmentation de l'agitation et de l'instabilité. Pleure et crie.

Son comportement est celui d'un autiste : il ne se laisse jamais approcher par les autres et même se laisse difficilement approcher par les infirmiers, pour l'habillage par exemple.

Rires fréquents et bruyants, cris stridents sans motif apparent.

Agressivité curieuse : projeter adroitement ses souliers sur ce qui brille, vitre ensoleillées, néon éclairé, ... et ne les rate pas.

Ne garde pas ses chaussures au pied.

Marche sur la pointe des pieds, genoux à demi fléchis et tronc ante-fléchi : démarche stéréotypée spéciale de certains autistes. Il ne s'agit pas d'une démarche pyramidale : l'examen neurologique est négatif.

- Le 27 octobre 1971 - Apparition de crises hémi-corporelles Gauche

A l'EEG du 3 novembre 1971, fréquentes décharges de pointes ondes lentes, de siège préfrontal G ; ces décharges ne s'observent que très rarement dans la même région de l'hémisphère D alors qu'en principe les crises hémi-corporelles récentes survenues, devraient se rattacher à un actif foyer droit.

Le rythme de base demeure ralenti, irrégulier et mal réagissant.

Depuis, on note une augmentation de la fréquence des crises d'épilepsie. L'EEG est inchangé.

Le 13 décembre 1960 - âge 5 ans 1/2

Diagnostic : arriération considérable avec agressivité.

Intervention : topectomie préfrontale, péricalleuse et orbitaire Droite

Compte-rendu de l'intervention

- incision coronale
- forage de 4 trous de trépan
- relèvement d'un volet frontal D para-médian
- taille d'un lambeau dural à pédicule postérieur
- Cerveau d'aspect sensiblement normal mais dont quelques circonvoutions sont atrophiques - ventricule peu dilaté - topectomie préfrontale péricalleuse et orbitaire - prélèvement de fragments du cortex pour examen microscopique
- suture durale totale étanche
- réapplication du volet
- suture du périoste
- suture du lambeau en deux plans

Alain B

(né le 15 juillet 1946)
-observation n° 10-

- Antécédents familiaux

RAS

- Antécédents collatéraux

RAS

- Antécédents personnels

• grossesse - RAS

• accouchement - à terme - PN : 3,250 Kg
Forceps (la mère n'arrive pas à pousser)

• développement psychomoteur

se tient assis très tard
dents après un an
marche à 2 ans 1/2

- Histoire de la maladie avant l'intervention

• convulsions avec température à 2 mois

• depuis l'âge de 2 mois, existence de vomissements qui s'arrêtent brusquement à 2 ans 1/2

• Alain est suivi depuis l'âge de 18 mois, en neuropsychiatrie infantile

• A 4 ans 1/2 il est admis au Centre Bourgade, où il reste trois ans. On parle alors pour la première fois d'agitation. Il est mis alors au Largactil. Mais étant trop agité, sa mère est alors obligée de le garder au foyer.

- L'intervention psychochirurgicale

A 8 ans, le 15 août 1954.

Lobotomie préfrontale bilatérale par voie temporale, intéressant les quatre quadrants.

pour agitation considérable.

- Après l'intervention

• Les suites opératoires sont simples.

• Au bout d'un an, amélioration de l'agitation

./.

. Puis il est placé au Centre P. Dupont, où à nouveau il se montre très pénible, très agité. Il y reste toutefois trois ans

. Puis il va dans un IMP, le neuropsychiatre qui le suivait, le trouvant "amélioré". Mais Alain ne s'habitue pas, pleure beaucoup; se masturbe sans arrêt... Il n'y reste que trois mois.

.Il retourne au Centre P. Dupont, où une amélioration immédiate se produit. Mais existence de grosses colères, surtout vis-à-vis du père, qu'il mord et frappe.
En dehors du milieu familial, il est bien plus calme.

. En 1961, un essai à Denis Cordonnier est tenté.
Il y reste 3) 4 mois puis retourne dans sa famille.

. Des essais à Denis Cordonnier sont tentés à plusieurs reprises.
L'agressivité est surtout dirigée contre son père
L'EEG montre un tracé très perturbé, révélant l'existence d'une dysrythmie basale et des signes irritatifs, qui doivent faire pratiquer un traitement barbiturique.

- Une hospitalisation au Vinatier est alors décidée en 1961

. De 1961 à 1965 - c'est une série de sortie d'essai et de réintégration

Dans le service, il est assez calme, très taquin avec les autres "débiles" qu'il excite régulièrement. S'occupe difficilement

Après la mort de son père en 1964, les permissions se passent bien. Sort régulièrement avec sa mère.

. En 1972, sa mère ne vient pas le voir d'un mois.
On note alors une énurésie nocturne, ainsi qu'un refus d'alimentation et des vomissements presque journaliers.
Il présente alors un amaigrissement de 5 kgs en un mois.
Il devient très insupportable, surtout le soir, disant vouloir "tuer minette d'amour" (nom qu'il donne à sa mère)

Le bilan somatique, biologique et radiologique est négatif

. En 1973, tentative de suicide de sa mère
Alain passe alors par différentes phases. Il est d'abord anxieux, la demandant fréquemment, puis idifférent.

. En mars 1974, on note à nouveau une période d'agressivité avec instabilité majeure, et insomnie (s'endort avec un extincteur dans son lit).

. Il est à noter que depuis des années, Alain n'a présenté ni crises, ni absences. Son traitement anti-épileptique est très réduit.

Jean-Louis M

(né le 6 juin 1949)
-observation n° 11-

- Antécédents familiaux

RAS

- Antécédents collatéraux

Une soeur née en 1947 }
Un frère né en 1956 } RAS

- Antécédents personnels

. grossesse - normale

. accouchement à terme - forceps - pas de réanimation
PN : 4,5 Kg

. développement psychomoteur

marche à 2 ans 1/2
propre à 3 ans
pas de langage

- Histoire de la maladie jusqu'à l'intervention

. Mis à la pouponnière E. Weil de 6 mois à 3 ans (la mère étant suivie pour tuberculose pulmonaire)
Enfant trop sage, apathique
A 8 mois, à la pouponnière on s'aperçoit qu'il n'a pas de préhension...

. Puis on assiste à une série de placements, de traitements, d'hospitalisations car l'enfant était alors devenu très violent avec son entourage et s'auto-mutilait.

- Intervention chirurgicale

en mars 1963, section des piliers du trigone

. Il s'en suit 11 jours de coma (hémorragie au cours de l'opération) plusieurs crises d'épilepsie pendant le coma et une hémiplégie gauche

./.

- Histoire de la maladie après l'intervention

  . les troubles du comportement sont inchangés.
  Le malade est attaché.

  . Il est alors envoyé au Vinatier, en placement d'office
  Puis à Saint-Cyr, en 1972

    - Plusieurs crises d'épilepsie sont signalées et l'EEG montre "un tracé d'encéphalopathie diffuse sur lequel il est impossible de mettre en évidence des signes de comitialité. Il n'est pas impossible que celui-ci soit en relation avec l'intervention". Elles vont en s'aggravant.

    - Jean-Louis est très opposant, jette tout ce qui est à sa portée, s'isole et vit sur un fauteuil roulant

    - Une arthrodèse en 1967 amène peu d'amélioration. L'orthopédiste ne voulant pas être celui "qui condamne définitivement ce malheureux à son grabat".

    - Jean-Louis continue à rester assis seul. Dans son coin toute la journée, fermé à toute sollcitation du monde extérieur, ayant réussi "à guérir" de sa psychose, au prix d'une régression massive, définitive.

Joseph Nov.

(né le 5 avril 1949)
-observation n° 12-

- Antécédents familiaux

mère : débile, décédée en 1953 d'une méningite
On note par ailleurs des "convulsions" chez la mère enfant adultérin

- Antécédents personnels

. grossesse - RAS

. accouchement - RAS

- Histoire de la maladie avant l'intervention

. Il est vu à 26 mois en neuropsychiatrie infantile où l'on note alors que son "développement psychomoteur se situe entre 10 et 12 mois, qu'il n'a pas encore acquis le contrôle sphinctérien, et qu'il existe une agitation psychomotrice incessante. Pas de convulsions.

. Il est revu à 30 mois, car aucune nourrice ne veut le garder, à cause de sa progression à "faire le mal". Il est toujours agité, prononce quelques mots, son niveau se situe autour de 15 mois
L'EEG est sensiblement normal pour son âge
A la PEG : ventricule G seul rempli, dilaté
FO normal
Liquide céphalo-rachidien normal - BW négatif

- Intervention psychochirurgicale

Le 28 septembre 1951 à 2 ans 5 mois

Topectomie orbitaire unilatérale Droite (aires 47 et 11)

Cerveau extrêmement tendu et faisant hernie à travers la brèche durale

Cortex d'aspect normal.

- Après l'intervention

- Les suites immédiates sont bonnes
L'enfant est moins turbulent

./.

- Placé dans plusieurs institutions, où l'on note "pour un âge de 6 ans 7 mois, un niveau mental de 2 ans 1/2 et qu'il esiste un petit déficit de l'équilibre et quelques tics. Il dort mais d'un sommeil agité, mange beaucoup, comprend les ordres, parle mais sans phrases".
On ne veut cependant pas le garder (motif : niveau trop bas) et on l'adresse au Vinatier.

- Arrivée donc à l'hôpital psychiatrique en 1955

Le contact est assez facile, il s'intéresse aux activités du service, auxquelles il participe mais il reste très susceptible et coléreux. Il est très souvent agressif vis-à-vis des autres enfants.
Il présente également des difficultés à s'exprimer surtout en groupe - Echolalie par moments.

Sa grand-mère qui s'occupait de lui, est morte en 1962. A cette occasion, recrudescence des réactions agressives.

. L'EEG de 1963 "montre des signes de comitialité focalisée au niveau des régions temporales droites. Doit-on incriminer la lobotomie ?

. En 1969, après l'échec d'une tentative de travail (équipe entretien de l'hôpital) désiré par lui, Joseph se fige, ne parle plus, ne fait presque plus rien

L'épilepsie temporale est bien équilibrée par le traitement

Le QI est autour de 50

. Puis un essai dans un CAT est alors tenté, sans résultat. Un eczéma est apparu en mars 1972 qui semble lié aux problèmes relationnels que Joseph avait alors au CAT. L'eczéma disparaissait chaque fois que Joseph était hospitalisé ailleurs (Antiquaille, Saint-Cyr)

- Il fut alors hospitalisé au Centre psychothérapique de Saint-Cyr en juillet 1974

Joseph reste souvent isolé, sans grand contact avec les infirmiers. Puis son comportement se dégrade, il est devenu mutique, figé, présentant une symptomatologie schizophrénique catatonique.

Des perfusions d'Anafranil en vue d'instaurer un maternage, sont alors tentées, mais doivent être interrompues, du fait de déclenchement de crises d'épilepsie

Une amélioration s'en est toutefois suivie, mais Joseph demeure très passif, sécurisé par la présence des infirmiers dont il est très dépendant. Ne sort de sa passivité, que pour "agresser" les "nouveaux", en particulier les jeunes élèves infrimières qui ont très peur de Joseph.

Service du Dr. Grambert

ANTONIO V

(né le 20 septembre 1957)
-observation n° 13-

- Antécédents familiaux - mère, père : RAS
- Antécédents collatéraux
  - Brigitte (1946) : RAS
  - Marie-Josée (1950) : infirmière
  - Antonio
- Antécédents personnels
  - grossesse : RAS jusqu'à 15 jours avant la naissance (chute : fracture clavicule)
  - accouchement : à terme - PN 5 Kg - Réanimation par 3 fois à la naissance
  - alimentation : artificielle depuis la naissance

A 3 mois : crises de contracture, lorsqu'on allumait la lumière, attribuées à des crises d'épilepsie

- Développement psychomoteur

  A été normal jusqu'à 1 an

- Histoire de la maladie jusqu'à l'intervention
  - A 6-8 mois : augmentation des "crises". A été vu alors par un pédiatre, qui lui aurait donné un "médicament" qui aurait entrainé une perte de connaissance avec révulsion des yeux et "paralysie des cordes vocales". Jusqu'alors babil normal. "Regarde de côté" quand on lui parle (on pensait en Espagne à une tumeur). Pas de troubles de l'audition.
  - A un an : début du comportement agressif (depuis la marche à 1 an)
    Devant une frustration, tape, ou se mord, jette tout ce qu'il a à la portée de la main. Mais la famille s'inquiète plus du retard de langage, que du comportement.
    Propreté à 1 an, 1 an 1/2 - n'aime pas être sale, "demandait" à être changé.
    Aime s'amuser avec du papier, des élastiques, des petits bâtons, des objets qui font du bruit quand on les manipule.
    Il aime chantonner et fredonner.

- A deux ans : à l'arrivée en France, augmentation importante du nombre des crises : 15 à 16 par jour.
  Son comportement est également plus agressif, il a de plus en plus des "manies" (il fallait le sortir par n'importe quel temps, même la nuit, sinon il frappait ses parents, ou se mordait la main).

- C'est à quatre ans surtout que le comportement d'Antonio s'est aggravé. Il veut se déshabiller, marcher pieds-nus.
  Son comportement est de plus en plus agressif, il casse les assiettes et les verres avec plaisir. Il est également très câlin, très attaché à sa mère, à ses soeurs, à sa famille proche. Agressivité en général non dirigée vers une personne en particulier, et ceci jusqu'à

- L'âge de 11 ans, où Tonio devient agressif surtout avec sa grand'mère. Il allait la chercher dans sa chambre pour lui donner un coup et repartait. La grand'mère s'est alors protégée, en "prenant une chaussure". Tonio ne la frappait plus alors et repartait sans frapper non plus quelqu'un d'autre.
  La grand'mère est la grand'mère maternelle ; elle a toujours vécu au foyer familial. Elle s'est beaucoup occupé de Tonio lorsque celui-ci était petit.

- 1969 à 1971 : placement à Alès dans un I.M.P. Antonio a 12 ans. Ici il apprend alors à s'habiller seul, à manger seul. Il acceptait de rester habillé, et faisait même son lit avec l'aide de l'éducateur, mais refusait de le faire avec sa mère. Il se souillait, faisait par terre, près de son lit, tout en sachant où étaient les toilettes.
  A noter que depuis l'âge de deux ans, il n'avait plus fait de "crises" d'épilepsie, mais chez lui a fait une chute avec perte de connaissance. On découvre à cette occasion, une sténose de l'aorte.

- 1971 : retour à la maison
  Le comportement agressif de Tonio ne s'est pas aggravé, mais pose plus de problèmes du fait de son âge, et de sa force. Après ses colères, essaie de se faire pardonner et demande de la nourriture.

- En 1974 : décès de la grand-mère. A noter que pendant l'année qui a suivi le décès de la grand-mère, Antonio n'a frappé personne. Puis le comportement agressif est réapparu surtout dirigé contre sa mère.

- L'intervention psychochirurgicale

En 1976. Opération psychochirurgicale à Valence, par le Professeur Barcia.

Dans un premier temps : ablation du noyau amygdaloïde D (première quinzaine de janvier). Dix jours après, deuxième intervention : ablation du noyau amygdaloïde G. Antonio est resté 21 jours à l'hôpital : pas de complications post-opératoires. Quant à son comportement : dès le début on a noté aucun changement en ce qui concerne l'agressivité, elle a même augmenté.

Antonio ne sourit plus, ne chantonne plus. Il a le regard sombre.

Le Professeur Barcia n'avait pas garanti le succès, mais il pensait pouvoir peut-être guérir l'épilepsie.

1er avril 1976 - Il a donc conseillé une leucotomie bilatérale.

Le comportement d'Antonio ne s'est toujours pas amélioré. On est même obligé de l'attacher, et un placement à l'hôpital psychiatrique d'Alès a eu lieu...

La soeur : "on préfère le voir idiot, même paralysé, mais l'avoir avec nous, plutôt qu'à l'hôpital psychiatrique. Tout, mais qu'il ne soit plus agressif".

Une consultation a donc été demandée au Professeur Allègre dans ce but : "supprimer l'agressivité par une nième intervention psychochirurgicale".

- L'évolution de Tonio

Nous voudrions essayer de montrer à travers son évolution, l'importance thérapeutique, que constitue le milieu, l'environnement, l'équipe, et sa tolérance ou non, à ce type de malades. Enfin en un mot, l'importance "d'une thérapeutique humaine".

En quelques semaines, avec le même traitement, on a assisté à un changement du comportement "démentiel" de Tonio.

. A son arrivée, il fut placé dans un service d'arriérés profonds, qui est le type même de ce que hélas, l'on rencontre encore trop souvent.

Pourtant au début, Tonio a connu une amélioration. Il est souvent plus calme, surtout à l'ergothérapie où il arrive à rester assis. Tout ceci s'expliquant par l'existence d'une relation positive, qu'il a pu nouer avec l'ergothérapeute.

A son départ en vacances, la situation s'aggrave et se dégrade de plus en plus. Tonio est rapidement jugé intolérable par l'équipe et les malades. On retrouve Tonio accoutré en petit vieux asilaire ou d'hospice (pantalon attaché par une ficelle, chemise d'hôpital sans bouton, pantoufles éculées...) Il déambule ainsi, tout débraillé le long des couloirs, faisant des stations devant les portes donnant sur l'extérieur. Son regard est vide et angoissé. Il cherche à arracher ses "oripeaux" entreprise difficile... car il a les deux poignets attachés ensemble.

Agressivité de l'enfant, des soignants, ou des autres malades ? malades qui le rejettent manu militari, ou qui font de grands écarts pour l'éviter. "On sait bien que ce n'est pas de sa faute" "il est fou" disent les débiles. Il sème la pagaille aux ateliers, il renverse les cartons... Bref c'est l'étranger, le gêneur, et pour tout le monde, y compris l'équipe soignante. Il faudrait qu'on s'en occupe... alors on l'attache (certes les mains !)

"Il ose frapper les malades sans défense (le vilain pervers !) nos bons malades, ceux qui ne nous causent aucun problème... "Et il va même jusqu'à donner des coups de tête maintenant"... (depuis qu'il a les poignets attachés).

L'auto-agressivité a également augmenté : il se mord les doigts et le dos de la main.
"Attention, vous allez vous faire mordre" disent les infirmiers, lorsque Tonio s'approche pour nous embrasser. Car Tonio sait être affectueux, avec qui est tolérant avec lui, et avec qui, le traite simplement en être humain, et ceci au grand étonnement des autres débiles "il est donc aussi gentil". Malades rejetants, reflet de l'équipe ségrégationiste, pilier de l'asile.

Tonio est alors de plus en plus rejeté, il ne pouvait rester à l'ergothérapie que lorsque l'infirmère était là.

Il allait de plus en plus dans le groupe voisin, où l'équipe soignante est habituée à s'occuper des psychotiques.

. Devant le désir de Tonio de changer de groupe, et devant l'impossibilité d'espérer un changement quelconque de l'autre équipe, il est alors décidé de confier Tonio à cette nouvelle équipe, qui accepte de s'en occuper malgré le nombre important "d'arriérés psychotiques" qu'elle a déjà à prendre en charge.

Bien entendu, il n'est pas question d'attacher Tonio. Il est habillé comme tout le monde et même l'on choisit avec soin ses vêtements. Lorsqu'il déchire ou arrache ses boutons, et bien... on recoud. On lui consacre beaucoup de temps et de patience, on le promène beaucoup. L'auto-agressivité diminue rapidement, les plaies de ses doigts guérissent. Les soins ont permis du reste d'augmenter le maternage.

Tonio a un regard moins angoissé, il chantonne à nouveau. Contact surtout avec l'adulte et avec un autre malade qu'il accompagne presque dans toutes ses sorties, même à la "cafétéria". On ne le voit plus déambuler de porte en porte, et nous tirer par la main pour sortir dans le parc. Il accepte bien mieux de rester habillé, et garde même ses souliers.

Quelques rares accès d'hétéro-agressivité sous forme d'impulsions, et non dirigée vers les plus faibles (simplement celui ou celle qui est placé à côté de lui à ce moment là) ou alors il se mord le dos de la main, surtout quand la frustration est trop forte.

Depuis trois mois, la situation ne fait qu'évoluer favorablement, ce n'est plus le problème d'un service, c'est TONI.

- La sténose de l'aorte cliniquement est bien supportée.
- Le bilan par phonomécanogramme est de réalisation difficile, et non envisageable actuellement.
  L'EEG "enregistré sous 3 cp de Depakine et 3cp de Tégrétol, ne montre pas d'anomalies"

  Aucune crise comitiale jusqu'à ce jour.

CAT Couzon

ALAIN C.

(né le 30 mai 1956)
-observation n° 14-

- Antécédents familiaux

  . Le père légal n'est pas le vrai père
  . Mère rejetante

- Antécédents collatéraux

  . Avec M. C : 4 enfants (1 fils, 3 filles) élevés par le père

  . Du concubinage : 4 enfants (Alain, 1 fille, 2 fils)

- Antécédents personnels

  . grossesse : à 5 mois : accident (fracture de la 5ème lombaire)

  . accouchement : prématuré né à 7 mois 1/2
  poids de naissance : ?
  réanimation

- Histoire de la maladie jusqu'à l'intervention

  . méningite suppurée néo-natale à pneumocoque au 4ème jour
  convulsions au 10ème jour.

  . reste jusqu'à l'âge de 5 mois à l'hôpital Debrousse

  . développement psychomoteur :

  - marche à 10 mois
  - à 18 mois, on note des difficultés de langage

Alain est placé à l'âge de 5 ans à "Chantalouette", y reste quelques mois (car la mère fait des histoires) puis ensuite placement à Vaugneray jusqu'en 1963 (âge limite).

Il est ensuite gardé par sa mère.

En 1964, on note des stéréotypies, une écholalie, une tendance à l'isolement, alternant avec des colères et des épisodes d'agitation. Enfant agressif, instable, réclamant sans cesse quelqu'un auprès de lui - "ces manifestations pourraient être liées à des troubles affectifs" - dysphasie importante - cliniquement, pas de crise comitiale.

La PEG en 1964 montre des ventricules un peu augmentés et une atrophie corticale.

./.

Une insulinothérapie est faite à Champvert, fin 1964, sans aucun résultat.

Une intervention psychochirurgicale est alors décidée.

- L'intervention psychochirurgicale

. 18 février 1965 - à 9 ans :

Topectomie préfrontale péricalleuse et orbitaire à D

. 17 juin 1965 :

Topectomie préfrontale péricalleuse et orbitaire à G

pour arriération avec agitation et crises furieuses

A l'hôpital neurologique, on lui trouve "un assez bon niveau, mais fait des bêtises, le plus souvent par désoeuvrement". La mère a pratiquement abandonné Alain, elle pensait bien en être débarrassée, comme elle s'est d'ailleurs débarrassée de tous...

- Après l'intervention

A la sortie de l'hôpital, placement aux "Myosotis", puis dans une colonie de l'ADAPEI, où il est jugé de niveau trop élevé...

- il est alors envoyé au Vinatier, où il reste du 27 septembre 1965 jusqu'au 5 janvier 1972.

- puis ensuite, il est hospitalisé au Centre psychothérapique de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or jusqu'en 1975.

Alain, durant ces hospitalisations, se montre instable, très intolérent aux frustrations, bagarreur.. Il préfère la compagnie des éducateurs, et le travail manuel a ses faveurs.

A noter, une épilepsie bien stabilisée par le traitement.

"On note, au niveau des régions frontales, quelques composantes lentes de bas voltage, parfois encochées, témoins probables des topectomies. A la CLI, quelques brèves bouffées de pointes-ondes diffuses témoignant de la persistance d'une potentialité convulsivante certaine".

En 1975, il entre au CAT de Couzon.

Alain a fait un effort pour s'intégrer au CAT et vivre au rythme de la maison, même s'il a de grandes difficultés Parfois. il part encore seul, mais revient.

Dans toutes ses activités, Alain veut être partout, et tient peu en place ; au moment des repas, il prend à peine le temps de manger.

Quand Alain fournit un effort physique, il ne sait pas ménager ses efforts, régler sa force. Mais malgré ce "dynamisme", Alain est capable de faire des choses minutieuses.

Alain a su s'imposer au terrain de sport, et a même pu faire partie d'une équipe.

Il allait tout le temps près des HLM, chercher un camarade de Saint-Cyr, Mohamed ; l'éducatrice l'a accompagné, mais n'a trouvé personne répondant à ce nom. En fait à Saint-Cyr, Mohamed était un garçon qui est sorti et qui a logé avec un infirmier. Tous ceux qui voulaient partir, dont Alain, faisaient référence à lui.

Avec les éducateurs, Alain est très "collant" ; il aime les relations privilégiées, il est assez exclusif et accepte mal que d'autres garçons soient près des éducateurs. Il supporte assez mal d'être frustré. Mais quand on prend le temps de lui expliquer ce qu'on lui demande, on obtient beaucoup, même un bougonnement. Alain est serviable.

Avec ses camarades, Alain sait se montrer attentif, le matin par exemple, à son réveil, il met des disques, mais pas fort, pour ne pas gêner. Quand il y a des bagarres, Alain n'y participe pas systématiquement, il n'est pas agressif par principe ; il lui faut une raison pour se mettre en colère ; il n'a pas de rancoeur ; Alain est très sensible à la justice. Il n'aime pas perdre, mais il comprend qu'on ne peut pas toujours gagner. Alain a surtout deux copains, avec qui il partage son goût pour les disques et la télévision.

A l'atelier, il comprend très vite le travail, a un sens de l'observation très développé. Il garde ses acquisitions même après une longue interruption. Il veut faire tout mieux que les autres. Pour lui se pose un problème de dépense physique, il n'a pas assez de mouvements dans son travail.

Alain a fait d'importants efforts pour s'intégrer à l'ensemble du groupe, il est beaucoup moins bagarreur qu'au début.

On peut conclure, en rapportant les paroles d'Alain, qu'il a dites avec anxiété, à notre venue récente au CAT : "Je ne veux pas aller à Saint-Cyr". Puis avec fierté et joie, il nous montre "son" travail, et nous fait visiter "sa" maison.

18 février 1965

Diagnostic (idem)

Topectomie préfrontale, péricalleuse et orbitaire à Droite.

Compte-rendu de l'intervention

- incision coronale
- forage de 4 trous de trépan
- relèvement d'un volet frontal D à pédicule temporal
- taille d'un lambeau dural à pédicule postérieur
- topectomie préfrontale, péricalleuse et orbitaire du côté droit
- envoi d'un fragment du cortex résiqué à l'examen microscopique
- suture durale totale étanche
- réapplication du volet
- suture périostée
- suture du lambeau en deux plans

17 juin 1965
(âge [illegible] ans)

Diagnostic : arriération avec agitation et crises furieuses

Topectomie préfrontale, péricalleuse et orbitaire Gauche

Compte-rendu de l'intervention

- incision coronale
- forage de 4 trous de trépan
- taille d'un lambeau dural à pédicule postérieur
- large topectomie préfrontale, péricalleuse et orbitaire
- la résection respecte la corne ventriculaire Gauche, le corps calleux et l'artère cérébrale antérieure gauche
- suture durale étanche
- suspension de la dure-mère
- réapplication du volet
- suture périostée
- suture des parties molles.

Les fragments examinés ont la structure d'un parenchyme cérébral gris et blanc, avec des lésions hémorragiques et ischémiques opératoires récentes ; la méninge est légèrement épaissie par une fibrose d'aspect ancien. Il existe peut-être un certain degré de raréfaction neuronale dans le cortex, mais qui est très discutable.

Service du Dr. Lustin

LEILA B

(née le 5 juillet 1964)
-observation n° 15-

- Antécédents familiaux

. père - en bonne santé, éducateur, Nord-Africain

. mère - Française - Elle présente un retrécissement nitral
Elle est également sous traitement barbiturique.

- Antécédents collatéraux

. Leila est la dernière d'une fratrie de 4 soeurs

. Deux soeurs sont tout à fait normales et en bonne santé

. La deuxième est porteuse d'une rétinopathie évoluant vers la cécité, avec troubles caractériels et retard scolaire. Elle est placée en Institution.

. Un "garçon" dans la famille du père, est un "débile" selon les dires de la mère.

- Antécédents personnels

. Grossesse -

La mère a fait sa 1ère crise d'épilepsie alors qu'elle était enceinte de Leila (de 8 jours)

La 2ème crise à 4 mois, avec menace de fausse couche

Durant l'accouchement "une petite crise" dit la mère.

Puis nouvelle crise, 8 à 10 jours après l'accouchement (à la suite de contrariété)

. L'accouchement -

Petite crise d'épilepsie de la mère
Pas de réanimation PN 2,900 KG

- Histoire de Leila jusqu'à l'intervention

. Leila reste 12 jours avec sa mère (10 jours à la maternité, 2 jours à la maison) puis elle tombe malade, vomissements et diarrhée entraînant une hospitalisation de deux mois à Debrousse puis un séjour de 4 mois à la Pouponnière de la Fougeraie, pour hypotrophie et convalescence de gastro-entérite.

Au 3ème mois, l'attention est attirée par un déficit visuel, mais un diagnostic précis ne peut être établi à cette époque.

La mère va voir Leila régulièrement à la Fougeraie, sauf vers la fin du séjour, où elle s'absente trois semaines (pour suivre son mari à Paris).

A son retour, elle ne reconnait pas son enfant, lui trouvant un faciès de mongolienne (elle va même jusqu'à s'assurer auprès de la directrice qu'il s'agit bien de son enfant)

Mme B. reste toutefois persuadée qu'il s'est passé un évènement important durant son absence (forte fièvre, chute avec traumatisme...) qu'on lui cache. C'est sur ce fait, que Mme B. reprend l'enfant chez elle, et bien qu'elle convienne actuellement qu'il ne s'est rien passé, parle encore de "traumatisme" en évoquant l'histoire.

. Leila rentre donc à la maison, et à cette époque la mère dit "qu'elle a poussé comme un champignon, qu'elle ne demandait pas plus d'attention que les autres". La mère dit également maintenant avec beaucoup de culpabilité "qu'elle aurait dû lui donner plus de soins, qu'elle aurait dû combler la séparation par un surcroît d'amour".

. Puis à 1 an, 1 an 1/2 semblent avoir commencés différents "troubles" dont la mère ne parlera qu'au cours des entretiens progressivement

-la première fois, la mère ne parle que de troubles du comportement alimentaire. A,oroxie élective (aime les oeufs, le chocolat, les bananes, déteste la purée...) Elle refuse de manger avec la mère, ou le père, mais mange avec la personne étrangère. Importante inhibition du sadisme oral : Leila n'a jamais mordu, elle suce les aliments.

-puis on apprend qu'à 12 mois, Leila se donnait de grandes claques, dans son parc "on croyait que c'était un jeu"

-on apprend également que vers 9-10 mois Leila était très active et bougon, passant souvent par-dessus son lit, et à tel point qu'on a été obligé de lui mettre un système de tutelle qui la tenait attachée au lit. (à la différence de ses soeurs pour qui des crampons tenant les draps ont suffi)
A un an, "se frappait le dos, la tête, tombait du lit malgré les attaches"
Marche à 14 mois
Premiers mots à 19 mois

Donc, il semble qu'il y ait eu

- une période de calme "bébé parfait" à la sortie de la pouponnière, suivie

- d'une période d'hyper-agitation avec apparition progressive de l'auto-mutilation (claque, se frappe la tête)

. A l'âge de 2 ans 3 mois (le 4 octobre 1966) première hospitalisation à Grenoble

-les raisons : se balance constamment, se cogne la tête contre les murs, les barreaux de son lit, et ne parle pas.

-à l'examen : Radio du crâne)
EEG, PEG) sont normaux
Ex sanguins -)

Seule la vision pose un problème, l'enfant ne semblant pas voir. Le fond d'oeil était anormal avec un aspect émietté du pigment. Il y a également un nystagmus horizontal noté. Cependant, après examen, on conclut que l'acuité visuelle est certaine.
Acuité auditive : Leila réagit aux sons, mais ne s'y intéresse pas.
Puis l'enfant est rendu à sa famille, avec un traitement au Valium.

-Leila continue à se balancer constamment, à se taper la tête avec le poing, se mord, griffe, pleure et crie.
Regard vide et lointain (cela dès l'âge de 14 mois). Leila regarde les gens en les fixant sans les voir, avec une expression inquiète. Elle repère cependant les objets, se déplaçant correctement dans l'espace.

. Elle est alors à nouveau hospitalisée en 1967, deux fois (mars et juin)

-Le bilan est identique, mais sont alors retenues des anomalies occulaires faisant évoquer une dégénérescence rétinienne évolutive.

-puis Leila retourne à la maison après ces hospitalisations.
A 3 ans 1/2 : Leila marche, a un rudiment de langage, faisant de petites phrases, disant ce qu'elle veut manger, où elle veut aller, chante les chansons avec leurs paroles, ne prononce jamais le Je.
C'est à cette époque, que commence "les nuits de Leila". Elle avait très peur la nuit, elle ne voulait ni voir, ni entendre, se cachait la tête avec les bras, sous la couverture. On met une veilleuse dans sa chambre. Les terreurs nocturnes deviennent intenses. La mère passe sa nuit à la porter en chantant des chansons. La mère n'avait pas le droit de s'arrêter de marcher dans le couloir, ni de s'arrêter de chanter, sinon Leila se tape mais elle dit souvent en se frappant "Attention Leila".
D'autre part, la mère remarque combien Leila serre les cuisses fort lorsqu'elle la tient contre elle (elle qualifie de "sexuel" ce comportement).

-En 1968, à la suite d'une longue promenade avec une jeune bonne espagnole, avec qui Leila était calme (contrairement à ce qui se passait avec sa mère) Leila tape le sol avec ses genoux et refuse de marcher.
Dès lors, elle passe son temps, accroupie dans une bassine

. En 1969, elle est à nouveau hospitalisée deux fois, à Grenoble

Elle semble régresser, refuse de marcher, de manger, gestes stéréotypés et conduite agressive.

La vue semble diminuer. Elle est alors adressée dans un service de neuro-psychiatrie infantile lyonnais avec le diagnostic suivant : "Psychose infantile à forme autistique. Elle se frappe sans cesse, tombe dès qu'on essaie de la faire marcher, alors qu'elle sait le faire, se balance de façon incessante". Il est noté également qu'elle semble avoir à l'époque un grand attachement pour son père (qu'elle avait ignoré jusque là complètement). Elle mangeait très mal, ne voulait plus boire.

. A LYON

-le diagnostic de psychose est remis en question : "organisation de stéréotypies auto-agressives associées à d'autres banales, chez une encéphalopathe, peut-être aggravées par le contexte parental".

-les chutes et les refus de marcher sont interprétés ainsi : "les chutes ne sont probablement pas des manifestations de refus : "astasie - abasie".

Leila recommence à marcher avec son père.

- On affirme une "atteinte optique et unilatérale"

-Il faut attendre la 7ème PEG, pour découvrir "une corne occipitale amputée ou dédoublée".

- Echec d'un traitement neuroleptique. L'agitation persistante de l'enfant fait envisager une consultation en neurochirurgie où il est répondu que :
"La corne occipitale, bien qu'un peu anormale doit être considérée comme une variante anatomique, mais le 3ème ventricule est anormal, et justifie une ventriculographie gazeuse".
"Une fois la PL du 3ème ventricule réglée, il paraîtrait logique de proposer à la faveur de l'abord frontal D (nécessaire à la ventriculographie) une exploration opto-chiasmatique... et une topectomie bilatérale des circonvolutions péricalleuses et orbitaires".

et c'est l'intervention.

- Intervention psychochirurgicale :

Le 27 janvier 1970 - A l'âge de 5 ans 6 mois

Topectomie péricalleuse préfrontale et orbitaire du côté D

Le diagnostic porté : arriération - agitation - tendance à l'auto-destruction.

- Elle revient dans un état presque cachectique. A perdu 2,4 Kg (sur 15 Kg). Elle est toujours aussi agitée, l'auto-agressivité paraît même être plus importante. Elle ne supporte pas d'être attachée (mise dans un lit matelassé, sans contention, elle se calme alors). L'alimentation est difficile. Il faut forcer Leila. La mère veut alors la reprendre, elle la trouve "moins présente".

Dans le service, on la trouve "un peu moins inattentive au monde extérieur et disent à la mère qu'il est difficile de se faire une opinion sur la cadence des auto-mutilations".

./.

Dans l'observation, on note en mars 1970 : "échec de la première topectomie. L'enfant doit être attachée. On n'a pas d'autre solution à y apporter que celle de la topectomie itérative".

A l'énoncé du verdict, la mère ne supporte pas et quitte la pièce. "Elle ne veut plus de Leila". Quant à M. B, il pense qu'il faut tenter la deuxième intervention.

- Le 22 avril 1970, c'est une nouvelle intervention

Topectomie péricalleuse préfrontale et orbitaire Gauche

Echec complet

L'auto-agressivité est inchangée.

- Après l'intervention

. Devant l'échec de l'intervention, Leila est alors envoyée au Vinatier en août 1970.

Elle est attachée en permanence, au mieux on peut desserrer les liens.

Grandes crises anxieuses avec hurlements et auto-agressivité.

L'enfant apprécie le maternage : peu à peu, elle semble plus présente, sourit, le contact semble meilleur mais l'auto-agressivité ne cesse jamais, encore présente même quand elle sourit : coups de poings sur le crâne, coups de genoux sur le visage, nécessitant une contention permanente. Chantonne quand elle n'est pas anxieuse.

Adressée en neurochirurgie en janvier 1972, pour suspicion ostéite du volet, il est alors proposé devant "cette réapparition d'une auto-agressivité permanente et sévère, une nouvelle intervention du type leucotomie préfrontale bilatérale".
Intervention repoussée par le Docteur Grambert.

Les visites de la mère sont fréquentes. Elle vient presque quotidiennement, sans aucun horiare. "Le personnel est tenu par elle., comme responsable de tous les troubles". Poids d'une culpabilité qu'elle ne peut supporter et fait endosser aux autres.

Le personnel supporte de moins en moins Leila. Après les visites de sa mère, Leila est très auto-agressive. Au contraire, calme relatif, apporté par le père.

Un point nous semble important également à souligner, c'est la querelle des ophtalmologistes, autour de la maladie de Leber, que présenterait Leila.

Leila n'a jamais présenté d'anomalies à l'EEG. Aucune crise d'épilepsie n'a été notée et en 1971, on dit "la note communiquée ne concerne en rien Leila, mais concerne en réalité les différentes éventualités ophtalmologiques, que l'on peut observer dans la dégénérescence tapeto-rétinienne de Leber. Le FO de Leila, est très difficile à observer

./.

en raison du mystagmus : aspect poivre et sel. Les papilles apparaissent d'autre part un peu décolorées. Les vaisseaux grêles. Les macula apparemment normales.

En somme, l'examen est sensiblement concordant avec celui qui a été pratiqué en 1966 (examen qui concluait que l'acuité visuelle était certaine).

. En 1972, Leila est envoyée au Centre psychothérapique de Saint-Cyr (pour des considérations de secteur).

Des moyens de contentions de plus en plus serrés sont adoptés.

Des tentatives d'enveloppements humides entraînent une légère détente ainsi que les bains, mais elle fuit le contact corporel avec l'adulte. Elle demande à être attachée. Elle se frappe même quand elle est contente, même lors du maternage, et lorsqu'on s'approche d'elle en lui parlant doucement.

En septembre 1974, Leila traverse une période où elle va très mal : elle est très auto-agressive et angoissée. Crie presque en permanence.
Elle est très mal supportée par le personnel, on retrouve un jour Leila avec des coups de brosse sur tout le corps, une infirmière demande au médecin-chef la mutation de Leila : "c'est elle ou moi..."
Par contre, une autre partie de l'équipe s'attache à Leila essayant de la détacher, de jouer avec elle.

- Histoire de Leila depuis octobre 1974

Leila était donc attachée jour et nuit, le jour sur un fauteuil par les pieds, les mains, et un corset ; et la nuit, elle dormait à plat-ventre pieds et mains liés.

Il y avait une espèce d'esalade de l'attachement.

Leila était pleine de plaies, bosses et coups, et malgré toutes ces attaches, on avait l'impression que même si elle était "ficelée" Leila aurait encore manifesté quelque chose.

Elle avait un mystagrus absolument permanent, très rapide et horizontal, et poussait de grands cris environ toutes les dix minutes.

Face à ce spectacle, l'équipe soignante réagissait par une "apparente" indifférence, semblant dénier totalement ce que la situation de l'enfant avait d'intolérable. On ne parlait de Leila qu'en termes extrêmement banaux.

. Un maternage est alors décidé, et

Le "morcellement" de l'équipe ne fait que s'accroître.

. Une partie de l'équipe se constitue en un "corps maternel". Leila est constamment portée. On lui consacre beaucoup de temps et de patience.
Elle connait petit à petit de longs instants de calme, quand elle est portée dans les bras, mais l'indifférence au monde exterieur persiste, elle ne regarde rien, semblant par moment aveugle.

./.

. Puis Leila progressivement va se montrer agressive vis-à-vis des membres du corps maternel, comme elle l'est vis-à-vis d'elle-même. Cette hétéro-agressivité survenant surtout quand il y a gêne de la relation fusionnelle.

. Puis dans cette relation "duelle" intervient l'assistant du service, il explique à Leila que si elle frappe, elle sera posée par terre, quoi qu'elle fasse avec son corps. Peu à peu, à partir de là, s'instaure une autre façon d'être au monde pour Leila. Elle se fait porter d'une autre façon tournée vers le monde extérieur, elle découvre le monde et passe de longs instants calme, assise à "pianoter" sur tous les objets qui l'entourent. Elle supporte beaucoup mieux la distance entre elle et l'autre, et on peut l'asseoir sur les genoux sans la tenir.
Sur le plan du comportement alimentaire, elle revit ce qui se passait avec sa mère lorsqu'elle avait trois ans.

Puis c'est la redécouverte de la marche, durant un week-end, alors qu'aucun membre du corps maternel n'était présent. La semaine précédent la marche s'était mal passée, un non catégorique avait été opposé au moindre petit coup.

Un essai de relation est tenté avec une éducatrice qui ne fait pas attention à elle, et continue à lui parler très autoritairement sans lui manifester de tendresse, d'affection quelconque.

Avec elle, Leina est parfaitement calme, ne la frappant pas, ne se frappant pas. Leila la suit d'une pièce à l'autre. Durant cette période, Leila a fait d'énormes progrès : se met à "parler" très souvent et "à chanter" d'une façon d'ailleurs un peu maniaque. Elle dit "vieille con" à une de ses éducatrices qui l'avait laissée dans un autre groupe ! Elle se met du reste à dévorer et à manger, souvent assise à table avec les autres enfants.

. Mais un jour, Leila tire les cheveux de l'éducatrice "chouchou", et il semble que depuis cet épisode, la relation privilégiée qu'elle avait avec elle, disparaisse. Elle n'est bien avec personne et elle semble chercher quelqu'un.

Les crises d'agressivité alternent avec des périodes de calme où Leila reste assise sur la table de la salle de bain. Les personnes semblent interchangeables.

. Et c'est un nouvel essai de relation, avec une éducatrice qui bien que faisant partie du "corps maternel" se comporte avec Leila de façon autoritaire et ferme. Elle est à nouveau très calme, se déplace beaucoup; on la retrouve à l'arbre de Noël du service voisin où elle est venue seule. Mais là encore, sans que l'on comprenne bien pourquoi, cette éducatrice qui semblait le bon objet ne le reste pas.

Leila change de lieux magiques plusieurs fois, mais à cette période, elle affectionne tout particulièrement un buffet, elle exige de mont er sur ce meuble et refuse d'en bouger la majeure partie du temps. Ce buffet est un "carrefour" dans le pavillon. Leila ne supporte rien, ni personne sur ce buffet, elle surveille tout, les passages, les sorties et surtout les entrées. Elle écoute et semble très bien savoir quand on parle d'elle.

./.

Puis petit à petit, on arrive à instaurer un jeu avec Leila : un objet placé à côté d'elle est repété, on lui repose elle le jette à nouveau, en riant.

Dès lors, Leila va évoluer alternativement en plusieurs phases, soit

- des phases hétéro-agressives essentiellement (renverse les poussettes des autres enfants entre autre) avec quelques accès auto-agressifs

- des périodes où elle passe son temps sur ses lieux magiques (table-buffet...) qui varcint selon l'endroit où se tient l'activité du pavillon

- des périodes d'amélioration relative, où entre autre elle accepte un contact avec les autres enfants (à table et à la piscine).

- Compte-rendu opératoire

27 avril 1970 - âge : 6 ans

Diagnostic : arriération - agitation - auto-destruction

Intervention : Topectomie péricalleuse préfrontale et orbitaire Gauche

- Compte-rendu de l'intervention

- incision coronale
- forage de 4 trous de trépan délimitant un volet libre frontal gauche
- taille d'un lambeau dural à pédicule postérieur
- toute la région frontale et préfrontale présente un aspect sensiblement normal, en tout cas beaucoup moins pathologique que ne l'était le lobe frontal droit
- une ponction de la corne frontale gauche permet d'évacuer 20 ml de liquide céphalo-rachidien clair, sous pression normale. Cette manoeuvre facilite la libération de la région préfrontale
- la coagulation et la section d'amarres veineuses permet de bien libérer la scissure inter-hémisphérique à gauche de la faux
- topectomie péricalleuse gauche poussée en arrière jusqu'à l'aplomb de la suture cornale
- en avant, la poursuite de la résection conduit à une topectomie préfrontale et à une resection du tiers antérieur des circonvolutions orbitaires
- suture étanche du lambeau dural
- réapplication du volet
- suture de la galéa
- points séparés sur la peau au Nylacap zéro.
- de gros fragments de cortex préfrontal sont confiés à l'examen histopathologique normal du Professeur Tomasi.

- Compte-rendu opératoire

27 janvier 1970 - âge : 5 ans

Diagnostic : arriération - agitation - tendance à l'auto-destruction

Intervention : Topectomie péricalleuse préfrontale et orbitaire du côté Droit

- Compte-rendu de l'intervention

- incision coronale surtout poussée vers la droite
- décollement des parties molles
- forage de quatre trous de trépan délimitant un volet frontal droit atteignant la base en avant avec un pédicule temporal droit
- relèvement du volet
- taille d'un lambeau dural à pédicule médian
- le lobe frontal droit est tendu, oedémateux, induré
- les circonvolutions sont aplaties et élargies
- une évacuation du ventricule droit par ponction de la crone frontale au trocart de Cushing permet de diminuer bien incomplètement le volume de ce lobe frontal.
- hémostase et libération des attaches veineuses amrrant le lobe frontal au plan osseux
- il est ainsi possible de libérer la scissure inter-hémisphérique et de bien exposer la circonvolution péricalleuse
- Avant toute coagulation, prélèvement de 4 ou 5 fragments de tissu nerveux de cette circonvolution péricalleuse
- ces spécimens sont confiés au Dr. LEUNG TACK KI pour un examen au microscope électronique
- résection systématique du 1/3 antérieur de la circonvolution péricalleuse droite
- large topectomie préfrontale
- résection du 1/3 antérieur des trois circonvolutions orbitaires droites
- le cerveau reste très tendu, turgescent. La dure-mère est donc laissée ouverte
- réapplication du volet qui est fixé par des points séparés à la soie noire triple zéro
- suture des parties molles en deux plans

Le Docteur Lecuire note : "J'ai été très frappé par l'aspect nettement pathologique de ce lobe frontal droit. J'avoue qu'il m'est impossible de dire s'il s'agissait de lésions organiques qui pourraient être la cause de l'état clinique observé, ou bien s'il s'agit de lésions anciennes de contusion de ce lobe frontal blessé lors des heurts de la tête de cette malheureuse enfant, ou bien encore s'il s'agit de deux faits concomitants et sans relation de causalité".

	Yves M. (obs. n°2) opéré à 5 ans recul : 14 ans	Eliane C. (obs. n° 1) opérée à 11a recul:17 ans	Alain B. (obs. n° IO) opéré à 8 ans recul:22 ans
Antécédents néo-natals	-	-	-
Hérédité	-	une arrière grand-tante "arriérée" à l'hôpital psychiatrique du Puy	-
Malformations et handicaps sensoriels	cataracte congénitale bilatérale	-	-
Premier Développement	Retard de langage essentiellement	Retardé	Retardé
P.E.G.		1° PEG :assymétrie ventriculaire minime(?) 2° PEG:normal	
Incidents .Maladies intercurrentes .Traumatisme crânien .Anoxie (au cours d'examens, d'interventions) .Séparation	-	Mastoïdite à 2 ans Mise en nourrice à 15 jours	-
Comitialité "séquellaire"	Comitialité d'apparition tardive (IO ans après) Bien stabilisée	Convulsions à deux ans (?)	.Convulsions fébriles à 2m .Comitialité après l'intervention, surtout la 1ère année, fréquentes crises jusqu'en 1962 Puis de rares crises. Comitialité bien stabilisée par le traitement qui est très réduit
. Les données de l'intervention . L'examen histologique		.Ecorce cérébrale sensiblement normale .Sur fragment (1)aspect angiomateux veineux des vaisseaux relativement localisé et contrastant avec le reste de la préparation	

	Jean-Louis M. (obs. n° 11) opéré à 11 ans recul : 13 ans	Leila B. (obs. n° 15) opérée à 6 ans recul : 6 ans	Alain C. (obs. n° 14) opéré à 9 ans recul:11 ans
Antécédents néo-natals	-	-	Prématuré né à 7mois I/2 Réanimation
Hérédité	-	Rétinopathie évoluant vers la cécité chez une soeur Un cousin débile (?)	-
Malformations et handicaps sensoriels	-	-	-
Premier Développement	Retardé	Normal	Normal sauf en ce qui concerne le langage (difficultés de langage)
P.E.G.		Normale	Ventricules un peu augmentés Atrophie corticale
Incidents .Maladies intercurrentes .Traumatisme crânien .Anoxie (au cours d'examens, d'interventions) .Séparation	séjourne en pouponnière de 6 mois à 3 ans (tuberculose maternelle)	dès le 12ème jour, est hospitalisée à Debrousse, pour vomissements et diarrhée. Elle y reste 2 mois, puis ensuite séjourne 4mois en pouponnière	.Méningite néo natale au 4ème jour .Jusqu'à l'âge de 5 mois reste à l'hôpital
Comitialité "séquellaire"	.Crises dans les suites immédiates de l'intervention ayant laissé une hémiplégie séquellaire (coma) .Puis les crises vont en s'aggravant au cours des années	"crises" très atypiques (?)	.Convulsions au 10ème jour au cours de la méningite .Comitialité précoce bien stabilisée par le traitement
. Les données de l'intervention . L'examen histologique		.Aspect pathologique du lobe frontal Droit (contention ?) .Examen histologique normal	"La méninge est légèrement épaissie par une fibrose d'aspect ancien Il existe peut-être un certain degré de raréfaction neuronale dans le cortex, mais qui est très discutable

	Patrick Not. (obs. n° 4) opéré à 4 ans recul : 14ans	Joseph N. (obs. n°12) opéré à 2aI/2 recul:25 ans	Christian B. (obs. n° 9) opéré à 5a I/2 recul :16 ans
Antécédents néo-natals	césarienne (?) à terme		.Hémorragie au cours de la grossesse .15jours avant terme
Hérédité	-	mère débile	-
Malformations et handicaps sensoriels	fissure palatine	-	pied varus équin
Premier Développement	Retardé	Retardé	Retardé
P.E.G.	Normale en 61	Ventricule G. dilaté	
Incidents .Maladies intercurrentes .Traumatisme crânien .Anoxie (au cours d'examens d'interventions) .Séparation	.Anoxie de IO minutes en I96I après PEG .Séparation de 2I jours d'avec la mère pour opération de fissure palatine	-	.Syncope au cours de l'anesthésie pour sténose du pylore à 1 mois, puis à 4 reprises dans les jours suivants .Coma de 3 semaines après topectomie à Droite
Comitialité "séquellaire"	Survenue précoce (1an après l'intervention) crises fréquentes alors puis comitialité bien stabilisée par le traitement Arrêt de celui-ci en I97I. Depuis plus de crises liniques	comitialité tardive (12 ans après l'intervention) Bien stabilisée	comitialité d'apparition tardive (IO ans après l'intervention) mais qui va ensuite en s'aggravant
. Les données de l'intervention . L'examen histologique	A droite : cerveau ayant l'aspect et la consistance d'une encéphalopathie diffuse A gauche : rien à signaler	. cerveau "tendu" . cortex d'aspect normal	

	Christine M (obs. n° 3) opérée à 6 ans décédée 2 ans après l'intervention	Raymond B (obs. n° 5) opéré à 12 ans recul : 15 ans	Patrick Nov. (obs. n° 7) opéré à 4aI/2 recul : 8 ans
Antécédents néo-natals	-	-	.césarienne à 8 mois (placenta praevia) .IO jours en couveuse
Hérédité	-	-	-
Malformations et handicaps sensoriels	6ème doigt (pied gauche et pied droit)	-	-
Premier développement	normal jusqu'à un an marche à 2 ans	pas de retard des lères acquisitions	Retard de langage essentiellement
P.E.G.	normale		dilatation cisternale
Incidents .Maladies intercurrentes .Traumatisme crânien .Anoxie (au cours d'examens, d'interventions) .séparation		Encéphalite sans doute post-vaccinale ou après coqueluche (?)	Toxicose à 6 mois
Comitialité Antérieure à l'intervention et son évolution	.crises akinitiques à 2a syndrôme de Lennox .aggravation surtout dans l'année qui a suivi l'intervention	Comitialité post-encéphalitique, bien équilibrée Mais aggravation après l'opération surtout 11 ans après	Convulsions en couveuse .spasmes en flexion à 3 ans Comitialité bien équilibrée par le traitement avant et après l'intervention
. Les données de l'intervention . L'examen histologique	Aspect pseudo angiomateux allant dans le sens d'une embryopathie, mais non spécifique		.Confirmation de la dilatation cisternale .Examen anapath

	Pascal J. (obs. n° 8) opéré à 7 ans recul : I0 ans	Joëlle V. (obs. n° 6) opérée à 9 a recul : 12ans	Antonio V. (obs. n° 13) opéré à 19 ans recul : 6 mois
Antécédents néo-natals	.hypertension artérielle et albuminerie pendant la grossesse .15 jours avant terme .ictère prolongé	-	Réanimation (3 fois)
Hérédité	-	un cousin du père "arriéré" .père:crises d'épilepsie jusqu'à 12ans	-
Malformations et Handicaps sensoriels	-	-	Sténose de l'aorte
Premier Développement	Retardé	Normal sauf en ce qui concerne le langage	Normal jusqu'à 1 an, sauf en ce qui concerne le langage
P.E.G.	douteuse		
Incidents .Maladies intercurrentes .Traumatisme crânien .Anoxie (au cours d'examens d'interventions) .Séparation	-	Octobre I96I traumatisme crânien, sans gravité	
Comitialité antérieure à l'intervention et son évolution	Comitialité à 3 ans bien équilibrée par le traitement avant comme après l'intervention	.Convulsions à 2ans 2ans I/2 .Comitialité à 7ans bien équilibrée par le traitement Aggravation après l'intervention, surtout 6-8 ans après. Et enfin 12 ans après état de mal, ayant laissé une hémiplégie séquellaire	Crises ?? Pas d'effet aggravant de l'intervention sur les "crises"
. Les données de l'intervention . L'examen histologique	Aspect du lobe frontal normal sans zone d'atrophie, en contradiction avec les données de l'EEG de I966		

LES TYPES D'INTERVENTION

L'AGE DES MALADES AU MOMENT DE L'INTERVENTION

LA DATE A LAQUELLE ILS ONT ETE OPERES

LE RECUL DONT-ON DISPOSE

---

6 cas de topectomie préfrontale péricalleuse et orbitaire G et D

Christian B	recul 16 ans	âgé de 5 ans I/2	I. en I960
Patrick Not.	recul 14 ans	âgé de 4 ans	I. en I962
Joëlle V	recul 12 ans	âgée de 11 ans	I. en I964
Leila B	recul 6 ans	âgée de 6 ans	I. en I970
Christine M	décédée 2 ans après en I972	âgée de 6 ans	I. en I970
Alain C	recul 11 ans	âgé de 9 ans	I. en I965

3 cas de topectomie préfrontale bilatérale

Yves M	recul 14 ans	âgé de 5 ans	I. en I962
Eliane C	recul 17 ans	âgée de 11 ans	I. en I959
Raymond B	recul 15 ans	âgé de 12 ans	I. en I96I

2 cas de topectomie orbitaire D.

Patrick Nov.	recul 8 ans	âgé de 4 ans I/2	I. en I968
Joseph N	recul 25 ans	âgé de 2a 5m	I. en I95I

1 cas de topectomie orbitaire et cingulaire D.

Pascal J	recul I0 ans	âgé de 7 ans	I. en I966

1 cas de lobotomie préfrontale bilatérale

Alain B	recul 22 ans	âgé de 8 ans	I. en I954

1 cas de section des piliers du trigone

Jean-Louis M	recul 13 ans	âgé de 14 ans	I. en I963

1 cas amygdalectomie D puis G - suivi d'une leucotomie bilatérale

Antonio V	recul qq mois	âgé de 19 ans	I. en janvier et avril I976

LES TYPES D'INTERVENTION

1°) - les topectomies ont été les méthodes les plus employées
12 cas sur 15

9 topectomies bilatérales
3 topectomies unilatérales

2°) - puis ensuite les lobotomies - 1 cas

3°) - 1 cas de section des piliers du trigone

4°) - 1 cas d'opérations multiples

(noyaux amygdaliens - leucotomie bilatérale)

et pour lequel une demande de réintervention avait été posée.

- certains auteurs tendent à considérer que le résultat est à peu près le même, quel que soit le mode d'intervention

- d'autres, au contraire, s'élèvent contre l'opinion que les résultats sont sensiblement identiques quelle que soit la portion du lobe frontal mise hors d'action.
Ainsi, Le Beau préconise les opérations de la convexité (aires 2 et 10) dans les états dépressifs, les cingulectomies (aires 24 et 32) chez les sujets agressifs et agités, ainsi que dans les syndromes obsessionnels et les troubles caractériels des épileptiques.

Pour notre part, nous pensons que le type d'intervention a peu d'importance.

L'AGE DES MALADES
AU MOMENT DE L'INTERVENTION

Nos cas se répartissent en 11 garçons et 4 filles, de 2 ans 5 mois à 19 ans, avec une prédominance pour les enfants de moins de 10 ans, et au-dessous.

1 cas à 2 ans 5 mois
1 cas à 3 ans 1/2
1 cas à 4 ans
1 cas à 4 ans 1/2
1 cas à 5 ans
2 cas à 6 ans
1 cas à 7 ans
1 cas à 8 ans
1 cas à 9 ans

soit 10 cas

Les autres se répartissent entre 11 et 19 ans

2 cas à 11 ans
1 cas à 12 ans
1 cas à 14 ans
1 cas à 19 ans

Nous pouvons donc dire que la majorité des enfants a été opérée durant ce que l'on appelle la seconde enfance (de la 2ème année à 6-7 ans, en gros).

Ce qui n'est pas pour nous étonner, compte tenu de l'importance de cette période. C'est ce que nous allons essayer de voir maintenant.

La seconde enfance

(de la 2ème année à 6 ans)

- Les 2ème et 3ème années

Des intérêts nouveaux se manifestent au cours de la 2ème année.

Le plaisir tiré du contrôle sphinctérien (rétention, expulsion) se retrouve dans la manipulation motrice (garder-jeter, retenir-lâcher), dans l'activité motrice, et dans le langage.

La relation d'objet est marquée par une double polarité, activité-passivité, domination-soumission.

Un double plaisir est recherché auprès de la mère, se soumettre pour être aimé d'elle, s'opposer pour exercer son propre pouvoir dominateur. La relation d'objet anal estprofondément conflictuel. Elle est marquée par une dimension agressive nette, plus que transparente dans les conduites d'opposition, dans les comportements destructeurs et dans l'aspect sado-masochique des échanges avec la mère, très emprunts par l'alternative domination-soumission.

Par ailleurs, les processus engendrant l'individuation de l'enfant rendent compte de bien des conduites. Le troisième organisateur de Spitz est représenté par le "NON" avec le plaisir et la dimension symbolique qu'y sont rattachés vers 16-18 mois. M. Malher décrit comme troisième temps du processus d'individuation et de séparation, une phase dite de rapprochement, de 15 mois environ jusqu'à la fin de la deuxième année.

Cette phase est marquée par un net conflit entre le mouvement centrifuge qui presse l'enfant vers l'exploration du monde et l'attention croissante qu'il adresse à sa mère, comme si l'intérêt qu'il portait à la réussite de l'exercice moteur et à la découverte ne lui suffisait plus.

Ce retour à la mère est source, quand il se trouve empêché, d'une angoisse de séparation plus aigüe qu'auparavant.

Cette époque est cruciale, comme le rappelle D. Wildlocher parce que la mère doit répondre à deux demandes contradictoires : un désir de liberté et d'autonomie et un besoin de rapprochement. Winnicott met l'accent sur le rôle des objets transitionnels destinés à lutter contre l'anxiété de séparation.

./.

Cette période, où le moi émerge de plus en plus nettement est marquée par l'importance des conduites d'imitation de l'enfant, lesquelles sont plus qu'une simple imitation souvent, mais bien une véritable identification à certains aspects, comportements d'autrui ; l'identification à l'agresseur qu'on retrouve dans le "non" (R. Spitz) et dans de nombreuses conduites, fantasmes, jeux...

L'organisation structurale de la personnalité reste dépendante d'un "moi idéal mégalomane narcissique" (D.Lagache)

Moi idéal en rapport avec la pensée magique de toute puissance, dans une relation encore duelle avec la mère.

Dans certains cas pathologiques, un sur-moi archaïque, agressif et sadique, peut se développer par intériorisation des interdictions et d'une agressivité parentales ressenties comme particulièrement sadiques par l'enfant, intériorisation donnant lieu à des conduites d'échec et d'auto-punition particulières gênantes.

- <u>En définitive</u>

Cette periode est souvent assez difficile, génératrice de difficultés "normales" pour l'enfant et son entourage.

Du côté de l'enfant, elle ne va pas en effet sans inquiétude, sans anxiété, ce dont rendent compte bien des conduites.

Du côté des parents, il peut y avoir de l'intolérance aux manifestations d'opposition ou de l'inquiétude devant les manifestations anxieuses de l'enfant.

- <u>De la 4ème année à 6 ans</u>

C'est l'époque de la situation oedipienne

De "duelle" la relation devient "triangulaire"

Cette période est marquée par des conflits, c'est le moment des tensions fortes qui vont s'exprimer de diverses façons.

La grande enfance

(de 6 ans à la puberté)

Cette période, à l'inverse de la précédente, n'est pas marquée par des conduites spectaculaires qui pourraient inquiéter à tort.

Souvent, on ne tient pas compte, par exemple de certains symptômes, comme l'inhibition, parce qu'ils ne sont pas gênants pour l'entourage.

LES ANNEES OU LES INTERVENTIONS

ONT ETE EFFECTUEES

On sait que l'apothéose psychochirurgicale se situe autour des années 50, puis qu'ensuite le nombre des interventions diminue jusqu'en 1955.

- Dans nos observations, nous voyons deux cas jusqu'en 1955

- Puis une éclipse de quatre ans

- Mais dès 1959, les interventions psychochirurgicales reviennent et voient même leur nombre croître (deux en 1970)

Ainsi, le même service de neuropsychiatrie infantile pose douze fois depuis 1959, une indication opératoire.

Le cas récemment opéré, l'a été en Espagne, à Valence, et devant l'avis défavorable émis par le Docteur Grambert, le Professeur Allègre n'a pas jugé utile d'intervenir à nouveau.

LE RECUL DONT NOUS DISPOSONS

1°) - recul de plus de 20 ans

2 cas (22 ans - 25 ans)

2°) - recul de plus de 10 ans

9 cas (10 ans - 11 ans - 12 ans - 13 ans - 2 fois 14 ans- 15 ans - 16 ans - 17 ans)
dont 5 de plus de 14 ans

3°) - recul de plus de 5 ans

2 cas (8 ans - 6 ans)

4°) - recul de quelques mois (6 mois)

1 cas

5°) - Nous rappelons l'existence d'un décès en 1972, deux ans après l'intervention.

Nous pensons qu'il faut avoir un recul important, au minimum 12 ans, comme nous le verrons par la suite.

LES COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

1°) - Le coma

- coma de 3 semaines après une première topectomie préfrontale péricalleuse et orbitaire Droite (Christian B - observation n° 9)

- coma de 11 jours - crises convulsives au cours du coma hémiplégie gauche par la suite (Jean-Louis M - observation n° 11)

2°) - Suppuration du volet

- Patrick Not. - hospitalisation un mois
- Leila B - ostéite du volet

3°) - L'épilepsie

Sera l'objet d'une étude particulière - Rappelons toutefois que l'épilepsie

est apparue d'une façon certaine dans 7 cas sur 9

- un cas est douteux et recul insuffisant (6 ans)

- un seul malade n'a pas présenté de crises-recul 17 ans

L'épilepsie est donc une conséquence redoutable de l'intervention. Un recul important est nécessaire. Elle est souvent d'apparition tardive (4 cas sur 7)

De plus, l'intervention semble aggraver l'épilepsie préexistante dans 3 cas sur 5.

Dans les 3 cas d'aggravation, elle aggrave la comitialité tardivement (2 cas sur 3).

Donc, dans les deux cas (épilepsie avant et après l'intervention) l'aggravation est souvent tardive. Un recul important est donc nécessaire pour pouvoir juger les résultats.

Aucune amélioration des crises ni précocement ni tardivement n'est notée.

4°) - Enfin nous avons noté un décès deux ans après l'intervention

chez une fillette qui présentait une encéphalopathie épileptogène (Christine M - observation n° 3)

L'EPILEPSIE "SEQUELLAIRE"

1°) - Epilepsie d'apparition précoce, avec crises importantes surtout à cette époque - Puis ensuite comitialité bien équilibrée

• Patrick Not. (observation n° 4) (recul 14 ans)	Topectomie préfrontale péricalleuse et orbitaire G et D en 1962 à l'âge de 4 ans Epilepsie 1 an après l'intervention Comitialité bien stabilisée par la suite (arrêt du traitement en 1971)
• Alain C (observation n° 14) (recul 11 ans)	Topectomie préfrontale péricalleuse et orbitaire G et D Topectomie en 1965 Comitialité bien stabilisée

2°) - Epilepsie d'apparition tardive mais comitialité bien équilibrée

• Yves M (observation n° 2) (recul 14 ans)	Topectomie préfrontale bilatérale en 1962 à l'âge de 5 ans Epilepsie 10 ans après Bien stabilisé
• Joseph N (observation n° 12) (recul 25 ans)	Topectomie orbitaire D en 1951 à l'âge de 2 ans 1/2 Epilepsie 12 ans après Bien stabilisé
• Alain B (observation n° 10) (recul 22 ans)	Lobotomie préfrontale bilatérale en 1954 à l'âge de 8 ans Epilepsie 7 ans après Bien stabilisé

3°) - Aggravation des crises au fil des années

a) Les crises apparaissent précocement et vont en s'aggravant

• Jean-Louis M (observation n° 11) (recul 13 ans) — Section des piliers du trigone en 1963, à l'âge de 14 ans

Nombreuses crises durant les 11 jours de coma, qui ont suivi l'intervention. Une hémiplégie G s'en suit. Puis les crises vont en s'aggravant : 1966-1967-1973-1974.

b) Les crises apparaissent tardivement mais vont en s'aggravant

• Christian B (observation n° 9) (recul 16 ans) — Topectomie préfrontale péricalleuse et orbitaire G et D en 1960 à l'âge de 5 ans 1/2

(On rappelle l'existence d'un coma de 3 semaines après la première intervention à D)

Les crises apparaissent tardivement 10 ans après, et vont en s'aggravant.

Sur 9 malades non comitiaux avant l'intervention

7 présentent depuis l'intervention une comitialité certaine

1 cas est douteux - crises atypiques - mais le recul n'est que de 6 ans

1 seul malade n'a pas présenté depuis de crises et ce, avec un recul de 17 ans

- Sur ces 7 malades devenus comitiaux

• 4 ont présenté une COMITIALITE TARDIVE (7 à 12 ans après l'intervention)

3 malades présentent une comitialité bien stabilisée

1 malade a une comitialité qui s'aggrave

• 3 ont presenté une COMITIALITE PRECOCE

l'un dans les suites de l'intervention la comitialité va en s'aggravant

les deux autres, 1 an après l'intervention la comitialité est bien stabilisée. Le traitement anti-comitial est même arrêté depuis 1971 pour Patrick Not.

Sur ces 7 malades devenus des comitiaux, on peut dire également que :

5 présentent une comitialité bien équilibrée, et
2 une comitialité qui s'aggrave.

Les 2 malades qui présentent une comitialité "séquellaire" allant en s'aggravant présentent les caractéristiques suivantes :

1- Jean-Louis M (observation n° 11) — Coma de 11 jours avec crises épileptiques. Une hémiplégie G s'en suit

Christian B (observation n° 9) — Coma de 3 semaines après la première intervention (à droite)

./.

2- L'âge est très différent

Jean-Louis M a 14 ans au moment de l'intervention
Christian a 5 ans 1/2

3- Le type d'intervention est très différent

Jean-Louis : section des piliers du trigone
Christian : topectomie préfrontale péricalleuse et orbitaire G et D

4- Il s'agit

- Pour Jean-Louis, d'une psychose infantile - Aucun élément organique n'est à retenir avant l'intervention

- Pour Christian, psychose infantile précoce, sur fond de handicap congénital probable

En conclusion : on peut dire que l'aggravation de la comitialité n'est pas due à une atteinte organique du type encéphalopathie épileptogène évolutive, d'étiologie anté ou périnatale, mais d'étiologie traumatique post-opératoire. Mais cette aggravation malheureusement ne se limite pas qu'à la fréquence des crises, elle joue aussi un rôle dans le système relationnel.

	EEG	L'épilepsie "séquellaire"
Christian B (observation n° 9)	En I968 - EEG normal En I970 - rythme de base discrètement altéré par le processus encéphalopathique, intenses décharges épileptogènes au niveau de la région fronto-rolandique G, aggravées par la somnolence au cours de laquelle se manifestent des décharges épileptogènes moins intenses de siège préfrontal D En I97I - fréquentes décharges de pointes ondes lentes, de siège préfrontal G. Ces décharges ne s'observent que très rarement dans la même région de l'hémisphère D, alors qu'en principe les crises hémicorporelles récentes devraient se rattacher à un actif foyer droit. Le rythme de base demeure ralenti, irrégulier et mal réagissant En I976 - sensiblement identique à celui de I97I	. On rappelle les convulsio fébriles à 2 ans . Intervention en I960 3 semaines de coma après la lère intervention à D . Quelques crises surtout en I970 (soit IO ans aprè en I97I : crises hémicorporelles G Depuis I97I, les crises sont de plus en plus fréquentes (généralisées ou hémicorporelles)
Joseph N (observation n° 12)	- EEG normal avant l'intervention - après l'intervention (en I95I) on note sur l'EEG de I963 "des signes de comitialité focalisée au niveau des régions temporales D. Intervention ?" - L'EEG de I966 est identique - L'EEG de I969 "ralentissement intermittent spontané de l'activité cérébrale prédominant dans les régions frontales des 2 hémisphères, accentué par l'hyperpné. On ne retrouve pas aujourd'hui de décharges éleptogènes" - L'EEG de I975 "le tracé reste anormalement lent, médiocrement organisé. Il n'existe pas de signes irritatifs caractérisés, mais les activités cérébrales se ralentissent plus au niveau de la région moyenne de l'hémisphère D au cours de l'hyperpnée que du côté G	Epilepsie d'apparition tardive-12 ans après Comitialité bien stabilisée par le traitement En I972, arrêt du traitement Mais série de crises au cours d'un traitement à l'anafranil (en perfusion Le traitement est repris

	EEG	L'épilepsie "séquella
Alain B (observation n° IO)	EEG en I96I - "dysrythmie basale et signes irritatifs"	. On rappelle les convu fébriles à 2 mois . Après l'intervention (en I954) comitialité tardive, surtout impor tante en I96I et I962 soit 7 ans après . Puis les crises sont malgré la diminution d traitement en I974
Jean-Louis M (observation n° 11)	EEG I964 - "tracé d'encaphalopathie diffuse sur lequel il est impossible de mettre en évidence des signes de comitialité. Il n'est pas impossible que celui-ci soit en rapport avec l'intervention" EEG I966-I967 - "important ralentissement et un aspect irrégulier de l'activité cérébrale dans son ensemble. Prédominance des ondes lentes sur l'hémisphère D" EEG I973 - "rythmes médiocrement organisés, hypovoltés, plutôt lents, avec au niveau des régions antérieures des deux hémisphères, des éléments lents de haute amplitude en courtes bouffées qui sont, peutêtre en rapport avec les cicatrices d'intervention. Il existe quelques rares décharges fronto-rolandique D signant l'existence d'une cicatrice épileptogène peu active à l'heure actuelle" EEG I974 - "tracé moins favorable que le précédent. Les rythmes sont irréguliers (légèrement plus sur l'hémisphère D). Surcharge lente antérieure bilatérale plus marquée que précédemment. Il existe toujours des signes irritatifs fronto-rolandiques droits, beaucoup plus nombreux que précédemment. Traitement anti-comitial à augmenter"	11 jours de coma après l'intervention (en I963 Plusieurs crises dépile durant ce coma. Une hém plégie Gauche, s'en sui Puis les crises vont en s'aggravant au fil des années, surtout en I966 I967, I973, I974.

	EEG	L'épilepsie "séquellaire"
Yves M (observation n° 2)		Comitialité d'apparition tardive en I972 (IO ans après) Crise type grand mal Puis en I973, comitialité bien stabilisée par le traitement
Patrick Not. (observation n° 4)	EEG normal avant l'intervention (en I962) EEG I963 - "quelques discrets signes irritatifs diffus" EEG I970 - "aucune anomalie épileptogène	Comitialité d'apparition précoce (1 an après) Crises surtout fréquentes en I963 Depuis I97I, malgré l'arrêt du traitement aucune crise n'est signalée.

EVOLUTION DES "CRISES" CHEZ LES COMITIAUX

AVANT ET APRES L'INTERVENTION

1°) - Les crises sont inchangées, avant et après l'intervention

- Pascal J. (observation n° 8) (recul 10 ans) — Topectomie orbitaire et cingulaire D en 1960 à l'âge de 7 ans
- Patrick N (observation n° 7) (recul 8 ans) — Topectomie orbitaire D en 1968 à l'âge de 4 ans et demi
- Antonio V (observation n° 13) (recul 6 mois) — Ablation du noyau amygdaloïde G et D et leucotomie bilatérale

2°) - Les crises se sont aggravées

a) précocement

- Christine M (observation n° 13)

  Topectomie préfrontale péricalleuse et orbitaire G et D en 1970 - à l'âge de 6 ans - surtout dans l'année qui a suivi l'intervention. On rappelle que cette jeune malade est décédée 2 ans après l'intervention.

b) tardivement

- Raymond B (observation n° 5) - recul 15 ans

  Topectomie préfrontale bilatérale en 1961 - à l'âge de 12 ans.
  Surtout 11 ans après

- Joëlle V (observation n° 6) - recul 12 ans

  Topectomie préfrontale péricalleuse et orbitaire G et D en 1959 - à l'âge de 11 ans
  Surtout 6 et 8 ans après, enfin
  12 ans après : Etat de Mal ayant laissé comme séquelle, une hémiplégie.

3°) - Aucune amélioration des crises - ni précocement, ni tardivement

Le fait d'intervenir en deux temps, semble avoir un effet aggravant sur la fréquence des crises.

	Epilepsie et son évolution	EEG
Christine M (observation n° 3)	. Crises akinitiques, à 2 ans, au moment de l'acquisition de la marche. Fréquentes à 3 ans, puis . Comitialité relativement bien stabilisée par le traitement jusqu'à l'intervention en I970. . Après l'intervention, les crises sont plus fréquentes (au moins une par jour) et ceci pendant au moins un an. . Puis crises à cadence variable (1 fois par semaine environ) mais augmentant de fréquence, lors des accès thermiques.	Fréquentes anomalies de pointe ondes irrégulières diffus de type "syndrôme de Lennox" le 8 septembre I969 En I97I (9 juillet I97I) "tracé effroyablement perturbé avec des décharges extrêmement intenses de pointes-ondes et de poly-pointes ondes diffu encore aggravés par le sommeil Cet aspect est fortement évocateur En I972 - idem
Patrick Nov. (observation n° 7)	. Convulsions alors qu'il était en couveuse . Spasmes en flexion à 3 ans . Puis de rares crises : une crise généralisée le 13 Juillet I968, ce qui n'avait jamais été constaté, sauf à la naissance . Après l'intervention (en I968) pas de crises jusqu'en I970, puis ensuite quelques crises.	Comitialité diffuse Idem en I968

	Epilepsie et son évolution	EEG
Raymond B (observation n° 5)	• Comitialité bien équilibrée par le traitement • Après l'intervention, on note une augmentation de la fréquence des absences, surtout nette 11 ans après Les crises se produisent également de façon préférentielle, les jours de visite du père.	Foyer épileptogène temporal G (séquelles d'encéphalite) "Prédominance frontale du trace en I972, peut-être en rapport avec l'intervention"
Pascal J (observation n° 8)	• Crise comitiale à 3 ans • Comitialité bien équilibrée par le traitement - après l'intervention (I966) quelques crises rares (I967 surtout). Depuis I970, malgré un allègement du traitement anticomitial, on ne note pas de crises.	"Les décharges épileptogènes se projettent préférentiellement dans l'hémisphère Droit" Janvier I966 En I967-"signes intenses de comitialité" En I970-"on ne note plus de décharges épileptogènes"

EEG

Leila B. (observation n° 15)	EEG de 1969 avant l'intervention normal EEG de 1971 "Discret ralentissement - Aspects irréguliers et mal organisés spatialement de l'activité cérébrale, liés au processus encéphalopathique - Aucun signe épileptogène ou focal" EEG de 1971 "Tracé extrêmement infra-volté, irrégulier et mal organisé dans l'ensemble. surcharges de composantes rapides surtout antérieures dues soit à la thérapeutique, soit à l'atrophie préfrontale bilatérale. Il existe peut-être une petite surcharge lente antérieure bilatérale. Le tracé ne met pas en évidence d'anomalies importantes de type signes "d'épilèpsie".
Alain C. (observation n° 14)	Après l'intervention à l'EEG. "on note au niveau des régions frontales quelques composantes lentes de bas voltage parfois encochées, témoins probables des topectomies. A la SLI, quelques brèves bouffées de pointe-ondes diffuses témoignant de la persistance d'une potentialité convulsivante certaine".

Atteintes organiques patentes

Christine M (observation n° 3)	embryopathie vraisemblable encéphalopathie épileptique
Raymond B (observation n° 5)	encéphalite post-vaccinale ou après coqueluche comitialité
Patrick Nov. (observation n° 7)	encéphalopathie néo-natale comitialité

Atteinte organique vraisemblable

Joseph N (observation n° 12)	hérédité ventricule G dilaté à la PEG
Antonio V (observation n° 13)	encéphalopathie néo-natale (anoxie) comitialité ? sténose aortique
Alain C (observation n° 14)	prématuré anoxie néo-natale ventricule un peu augmenté de volume atrophie corticale

Handicap organique probable

Christian B (observation n° 9)	malformation prématuré anoxie
Pascal J (observation n° 8)	comitialité à 3 ans
Joëlle V (observation n° 6)	comitialité (7 ans)
Patrick Not. (observation n° 4)	prématuré anoxie fissure palatine

Ces atteintes organiques ont fait poser le diagnostic d'arriération, mais que faudra-t-il penser de cette conception ?

./.

Comitialité pré-operatoire

1- Christine M (observation n° 3)
2- Raymond B (observation n° 5)
3- Patrick Nov. (observation n° 7)
4- Pascal J (observation n° 8)
5- Joëlle V (observation n° 6)
6- Antonio V (observation n° 13)

9 malades sont exempts de comitialité au départ

Dans 4 cas, le handicap organique existe ou est probable

1- Christian B (observation n° 9)
2- Patrick Not. (observation n° 4)
3- Joseph N (observation n° 12)
4- Alain C (observation n° 14)

Dans un cas, il s'agit d'un handicap sensoriel, visuel

1- Yves M (observation n° 2)

Absence d'organicité dans 4 cas

1- Jean-Louis M (observation n° 11)
2- Eliane C (observation n° 1)
3- Leila B (observation n° 15)
4- Alain B (observation n° 10)

Les éléments qui témoignent d'une perturbation relationnelle

Ces symptômes ne prennent une valeur que relativement à l'ensemble en retenant des paramètres divers qui incluent les liens avec le milieu.

Nous ne ferons donc ici que citer les problèmes posés par les troubles du premier développement, les conduites sphinctériennes, les troubles de l'alimentation, l'anxiété, les troubles du langage, les troubles psychomoteurs, l'automutilation, les troubles du comportement.

"ARRIERATION-PSYCHOSE"

En ce qui concerne nos observations, nous avons vu qu'il existait deux séries de symptômes (série déficitaire - série relationnelle) qui paraissaient soit se conjuguer, soit poser la question de leur éventuel mixage.

Ces enfants par ailleurs recevaient l'étiquette "d'arriérés" Que faut-il en penser ?

- Dans la psychiatrie classique, le diagnostic de schizophrénie était incompatible avec la notion d'une atteinte encéphalopathique antérieure. Après Esquirol et pour longtemps, les critères différentiels entre arriération et psychose étaient les suivants ;

Arriération : - déficit intellectuel au premier plan
- retard psychomoteur global d'emblée d'origine congénitale
- étiologie endogène ou exogène

Psychose : - altération relationnelle au premier plan
- origine acquise
- étiologie endogène ou exogène

Pour expliquer les cas qui présentaient l'association d'une [illegible] à une symptomatologie de type schizophrénique, on introduisit alors le cadre des encéphalopathies schizophrèniques, primauté était accordé au processus organique, et on parlait de symptomatologie "pseudo schizophrénique" qui ne devait pas être confondue avec les signes de la schizophrénie vraie".

C'est cette éventualité qui avait déjà conduit Heller à individualiser la démence qui porte son nom, au moment où de Sanctis décrivait la démence précoccissime.

Un autre problème était celui des arriérés qui vers la puberté présentaient un remaniement évolutif de type schizophrénique. Certains parlent de "psychoses greffées", d'autres de "débilités évolutives". Ces enfants ne seraient pas de vrais arriérés, ils présenteraient des poussées d'une encéphalopathie évolutive, qui dans un premier temps, dans le premier âge, s'exprime par un tableau de déficience intellectuelle, puis dans un second temps conduit à un tableau pseudo-schizophrénique. Enfin, la notion de réaction psychotique chez les débiles est parfois invoquée.

Ce qu'il faut en retenir, c'est que l'on maintient une séparation absolue de la maladie schizophrénique vis-à-vis des états d'arriération et des processus organiques.

- Les travaux modernes sur les psychoses montrent sur le plan étiopathogénique, la diversité des facteurs en jeu et leur variabilité d'un cas à l'autre. On réintègre donc dans le cadre des psychoses, des formes développées sur un terrain marqué par des troubles organiques.

La psychose cesse entre autre d'être définie comme une rupture de la courbe évolutive chez un enfant normal ou peu perturbé. On admet aujourd'hui l'existence d'une psychose précoce qui s'exprime dans le mouvement même de l'organisation de la personne et dans la structuration des premières relations.

Le diagnostic ne s'appuie pas sur la symptomatologie superficielle, mais se fonde plutôt sur une approche compréhensible. Derrière la diversité des symptômes, il s'agit de dégager les traits psychopathologiques et les mécanismes communs aux diverses variétés de psychoses.

Sur le plan évolutif, loin de conduire obligatoirement à la pseudo-démence de Bleuler, la psychose de l'enfant offre des modalités évolutives diverses, largement influencées par un diagnostic précoce et par une thérapie intensive. En outre dans les cas où elle conduit à un état déficitaire, il ne s'agit pas d'une fausse démence, mais bien d'une déficience durable qui fait parler d'un processus de débilisation.

- Mais si la cause de tout depuis Esquirol était dans l'organique, elle est maintenant dans l'inconscient de la mère, ou de la société, et certains vont en effet actuellement jusqu'à assimiler psychose et arriération.

Pour M. Mannoni, l'enfant par sa déficience vient combler chez la mère un manque fondamental, il est le symptôme de la névrose parentale. Déterminée par les projections fantasmiques de la mère, soutenue par la persistance d'une relation duelle, la déficience mentale s'organise dans le maintien d'un lien aliénant et perverti ssant, où l'on relève comme dans la psychose le non accès à l'oedipe, l'incapacité à entrer dans l'ordre symbolique. L'existence réelle de l'enfant se heurte aux projections parentales inconscientes, toute ouverture à une "parole vraie" lui est barrée. Son angoisse reste vécue au niveau du corps, dans la mesure où les troubles lui laissent encore à ce niveau une possibilité d'expression.

Si bien des psychotiques se cachaient dans les anciens quartiers d'arriérés profonds, aujourd'hui on voit l'éducateur de débiles, tendre à exclure de son groupe, comme étant psychotique, tout arriéré hétérogène ou dysharmonique.

- Mais tous ces travaux ont l'avantage de remettre en question le schéma classique :

. On ne peut opposer <u>série déficitaire et série relationnelle</u>

La série déficitaire ne se limite pas à un trouble intellectuel et
La série relationnelle à une perturbation affective.

- Un déficit global s'accompagne toujours de troubles dans la relation à soi-même, et à autrui, et au monde. Chez eux, on peut parler de "troubles de la personnalité" et on est amené à se poser l'existence ou non d'une structure déficitaire spécifique.

- Dans toute psychose on trouvera des limitations, voire des déficits au niveau de l'efficience des fonctions intellectuelles.

Un trouble fonctionnel déficitaire même électif (langage, psychomotricité)

- peut conduire dans certaines conditions à un déficit global

- peut également entrainer une perturbation des premiers liens libidinaux et entraver le développement affectif, dont une organisation psychotique serait éventuellement l'expression. Il s'agit de savoir si cette dernière
  - . represente un processus évolutif
  - . ou ne reflète qu'un niveau de communication établie sur un mode archaïque.

A l'inverse des perturbations libidinales précoces donnent également des déficits fonctionnels (langage plus particulièrement) qui secondairement retentiront sur toute la sphère cognitive, en même temps qu'ils expliqueraient le processus psychotique.

. Le caractère congénital ou acquis de l'affection. L'existence de débilités dites acquises (après encéphalite vaccinale par exemple), les encéphalopathies à structure manifestement psychotique, les travaux concernant le devenir psychique des traumatismes physiques précoces, ou encore les cas d'hospitalisme vrai et d'abandonisme ont fait justice des hypothèses classiques. D'autant que ces évènements surviennent le plus souvent à une période de la vie où les structures neurologiques les plus fines sont encore des plus fragiles et où les investissements libidinaux restent particulièrement labiles.

. Quant à l'aspect étiologique, le Second Congrès Mondial de psychiatrie en 1957 a prouvé qu'il ne se posait plus comme jadis.

Mais pour ces cas "mixtes" les opinions divergent :

Les diverses conceptions :

- Pour les uns

L'adjonction d'un état déficitaire et d'une structure psychotique représente une juxtaposition

. soit fortuite et non pathogéniquement significative

. soit favorisée par l'état déficitaire (un arriéré comme tout le monde, et plus qu'un autre peut "faire" une psychose)

. soit relevant d'un état pathologique organique central à expression double.

./.

- Pour d'autres

Il s'agit

. soit d'une greffe (débilité mentale évolutive)

. soit d'une forme évolutive (encéphalopathies évolutives, démences secondaires, débilité secondaire cicatricielle).

. Jean-Louis Lang pense que tout peut se voir, mais que dans l'immense majorité des cas, il s'agit de "structures primitives, soit primaires, soit secondaires à expression mixte d'emblée, ou dissociée dans le temps ce qui l'amène à rejeter les expressions de "psychoses chez les oligophrènes", "d'arriéré psychotique", ou de "psychotique déficient" dans la mesure où ces termes ne répondent ni du point de vue séméiologique ni du point de vue nosographique, à aucune entité cliniquement repérable, et que si l'aspect essentiellement relationnel d'un syndrome peut fort bien marquer une étiologie organique, la découverte d'une organicité sert très habituellement d'alibi pour s'abstenir d'une étude structurale de sa genèse psychologique".

Ainsi est défini le cadre des psychoses à expression déficitaire, encore dénommée "arriération-psychose" (J.L.Lang) qui incluent les enfants décrits par les auteurs classiques comme "encéphalopathies schizophréniques" "réactions psychotiques chez les arriérés" "débilités évolutives" "psychoses greffées".

Il s'agit seulement de reconnaitre dans nombre de syndromes évolutifs précoces "l'intrication d'une relation psychotique et d'une symptomatologie déficitaire". Pour Misès il précise que "l'on n'a pas en vue un ou des entités, qui s'opposeraient à celle de l'autisme infantile ou aux distorsions de la personnalité, et qui seraient considérés à leur tour comme des entités".

Il s'agit également seulement de reconnaitre la "conjugaison de symptômes rattachables à une déficience ou un retard dans le développement de l'enfant, et de symptômes exprimant une façon d'être au monde, d'y agir, et d'y réagir par le biais du comportement, attitudes ou dires, qui en spécifient le caractère psychotique" Lang.

- On rappelle que toutes les psychoses lorsqu'elles s'expriment dans la première année de la vie, comportent inévitablement une réduction de l'efficience. En effet en dehors même de l'insuffisance "fonctionnelle" liée aux perturbations relationnelles, il est évident que le retard apporté à l'émergence des fonctions cognitives, et au perfectionnement des structures opératoires, ne manquent pas d'entrainer à la longue l'inscription d'un déficit fixé pris dans une organisation pathologique.

On maintient hors du cadre des psychoses à expression déficitaire, les psychoses autistiques ou les distorsions psychotiques de la personnalité. Même si à long terme, l'évolution conduit à reconnaitre un versant déficitaire appréciable, on parlera "de formes fixées cicatricielles" (Misès).

./.

Le diagnostic de psychoses déficitaires sera fondé essentiellement sur des arguments cliniques (Misès - Borande - J.L. Lang) de façon à n'introduire que secondairement les considérations pathogéniques qui varient d'un cas à l'autre et sont à l'origine de divergences majeures entre les auteurs.

La formulation du diagnostic se fera tantôt à partir d'un syndrôme où dominent les perturbations de la série psychotique, tantôt à partir de l'analyse d'un syndrôme déficitaire (cette éventualité étant la plus fréquente).

L'approche clinique tendra à mettre en évidence les troubles relationnels évolutifs que l'on trouve dans des tableaux divers : déficients intellectuels atypiques, déficits instrumentaux complexes, arrêt ou régression du développement, troubles du comportement chez les débiles mentaux sans qu'on parvienne cependant à tracer une limite nette entre les déficients homogènes et les psychotiques d'où les travaux modernes qui mettent actuellement en question la structure de l'arriération mentale, aussi bien que le place des dyspraxies et des dysgnosies d'évolution.

Le diagnostic des psychoses à expression déficitaire en fonction du tableau clinique :

Formes à versant psychotique prévalent développées sur un fond encéphalopathique

- Elles se présentent cliniquement comme des psychoses précoces .

Il est cependant utile de signaler cette variété car l'atteinte cérébrale souvent avérée (anoxie néo-natale, encéphalite du premier âge) est valorisée.

Les anomalies du développement et les perturbations relationnelles étant expliquées alors dans une perspective mécaniciste.

Le diagnostic de l'état d'arriération, séquelles d'encéphalopathie, ne doit pas être porté sous prétexte qu'il existe des antécédents d'anoxie et des signes d'organicité indiscutables à l'EEG, et à l'encéphalographie gazeuse.

Formes avec intrication étroite des versants psychotique et déficitaire

- dans les premières années

On se trouve devant un état déficitaire plus ou moins dysharmonique, atypique, ou discordant.

Dans les premières années, on pense trop souvent à un état déficitaire isolé, surtout lorsqu'on a la notion d'une atteinte cérébrale organique.

./.

Il importe donc de préciser les dysharmonies du développement, le caractère atypique des relations, les troubles de l'alimentation, les manifestations d'anxiété, les symptômes précoces, en insistant sur les points essentiels : polymorphisme, inadaptation, structuration particulière.

Derrière le déficit, il faut chercher à appréhender l'autisme et derrière la turbulence, l'agitation correspondant à l'irruption de l'angoisse morcelante.

C'est le contact avec l'enfant qui donne les renseignements essentiels

Il faut surtout s'attacher à mobiliser un enfant sans langage, tenter de l'intégrer dans une activité même sommaire, étudier à travers des nuances la mimique, la forme du contact, le mode de manipulation des objets. Ces enfants ne se confondent pas avec les arriérés fixés de même efficience.

- à un âge plus avancé

Les manifestations d'anxiété et la forme particulière des relations font apparaitre dans les phases évolutives un tableau proche de celui des autres psychoses précoces.

Mais là encore il ne faut pas se laisser influencer par l'existence d'une encéphalopathie reconnue et valorisée précédemment par les pédiatres.
C'est alors qu'on pourrait évoquer "la réaction psychotique" chez un oligophrène, concept qui néglige la dysharmonie évolutive sous-jacente.

. Par contre, en dehors des moments évolutifs, et pour les formes apparemment stables et fixées, il peut être difficile de reconnaitre le versant psychotique, donc de distinguer ces enfants des arriérés.

Duchène et Smirnoff soulignent certains traits particuliers de l'arriéré :

- le manque de souplesse et d'adaptation dans les rapports avec le monde extérieur et surtout dans les situations nouvelles.

- la persistance d'une pensée animiste

- le refuge dans des activités trop faciles qui le protègent contre les échecs

- il existe également un trouble important de la fonction de structuration.

On arrive donc à la notion de troubles "dans la formation du moi, dans l'acquisition et la structuration du schéma corporel, dans l'intégration des expériences antérieures et la socialisation globale" d'où l'incapacité à surmonter les conflits, le recours aisé à un comportement de type régressif.

L'attitude particulière des parents d'arriérés contribue à malorer et à entretenir ces réactions.

Il faut donc se garder de rapporter systématiquement à une relation d'objet psychotique une labilité affective, des manifestations d'anxiété, une insuffisance du contrôle, une variabilité dans le contact, une expression instinctuelle sommaire... En fait, qualitativement, la confusion est évitable car la mise en forme de l'ensemble, la tonalité émotionnelle, l'expression de l'anxiété sont d'une autre nature.

Si l'énumération des symptômes évoque un rapprochement entre psychose et arriération, en réalité il est possible de les différencier, mais en se rappelant que toutes les formes d'intrication sont possibles.

Mais par contre, se pose un problème nosographique : sous des vocables divers (déficit dysharmonique, débile instable, débile impulsif...) on décrit en effet des états disparates dont les uns se rattachent au cadre des psychoses déficitaires, tandis que les autres recouvrent des perturbations différentes, des plus simples : les troubles réactionnels à l'attitude de l'entourage, aux plus complexes : les deficiences dysharmoniques.

Formes à expression psychotique tardive

Cette forme correspond à la classique "débilité évolutive" des auteurs français.

La difficulté consiste à reconnaitre ces états avant l'évolution dissociative confirmée

L'équilibre n'est souvent établi que dans une restructuration d'allure chaque fois plus déficitaire. Les formes "fixées" réalisent certains aspects décrits par la clinique classique sous le nom de "niaiserie" ou "Verblödung" des auteurs allemands.

Mais quelle que soit la théorie, que l'on parle d'arriéré (alors qu'il s'agit d'un psychotique) ou de psychotique devant tout arriéré dysharmonique, il est une réalité que tous deux partagent, c'est celle d'être exclus. Rejet familial mais aussi rejet des soignants. Rejet parce que l'on est impuissant à soulager cet enfant. Rejet que l'on essaie de justifier par le terme d'incurabilité, de dysfonctionnement cérébral. En effet ramener l'arriération à un déficit constitutionnel, c'est-à-dire inscrit dans l'organisme, c'est considérer cet état comme essentiellement incurable en raison de ses bases organiques, et dès lors le diagnostic d'arriération chez les enfants est un pronostic car selon Esquirol "on ne conçoit pas la possibilité de changer cet état". L'envoi au chirurgien n'étant que la traduction de ce rejet.

./.

Enfin le terme "arriération-psychose", n'est-ce pas déjà dans le titre, la traduction de la fragmentation, de l'ambivalence ?

Comment arriver à recoller les morceaux du puzzle. Seule une approche et une étude globale de la personnalité peut essayer d'en venir à bout, car nous allons voir que la chasse aux symptômes n'apporte rien.

	Le diagnostic neurospychiatrique	Symptômes pourchassés	Le diagnostic porté sur le compte-rendu opératoire
Christine M. (psychose à expression déficitaire)	Encéphalographie épileptogène Syndrôme de Lennox	Agitation-agressivité	
Raymond B. (psychose à expression déficitaire)	Encéphalite post-vaccinale	Troubles caractériels	
Joseph Nov. (psychose à expression déficitaire)	Olégophrénie familiale "arriération avec agitation psychomotrice chez un enfant adultérin de mère débile".On note également propension à faire le mal"	agitation	
Patrick Nov. (psychose à expression déficitaire	Etat hypomaniaque avec manifestations clastiques et agressives-Séquelles d'embryopathie et anoxie néo-natale	Agitation-agressivité	Arriération - agressivité - agitation.
Pascal J. (psychose à expression déficitaire)	Débilité moyenne - agitation psychomotrice - Comitialité	Agitation-agressivité	agitation avec crises clastiques
Joëlle V. (psychose à expression déficitaire)	En I960 - arriéré au niveau de la débilité profonde, probablement d'origine néo-natale avec instabilité En I962 - imbécilité comitiale	Instabilité extrême Troubles du comportement	

	Le diagnostic neuro-psychiatrique	Symptômes pourchassés	Le diagnostic porté sur le compte-rendu opératoire
Patrick Not. (psychose à expression déficitaire)	Arriération mentale profonde dysmorphie - traumatisme obstétrical	Agitation-agressivité	Arriération avec agitation et tendances clastiques
Christian B (sur un fond de handicap congénital, psychose infantile du 1er âge et régression psychotique à forme autistique	En 1957-Comitialité chez un débile léger dont le passé est chargé (étiologie impossible à étiqueter) En 1958-Un an après par la même personne "grand encéphalopathe"	agressivité	Arriération considérable avec agressivité
Yves M (psychose infantile très régressive-cataracte congénitale	En 1960-petit état maniaque avec aprosexie puis celui de "démence irréductible"	Agitation permanente et bruyante	
Eliane C (psychose infantile du 1er âge)	"Arriération mentale profonde" Agitation post-encéphalitique puis débilité évolutive et agressive	Indication agitation dans la famille	
Alain B (psychose infantile du 1er âge)	En 1961-gros débile au stade de l'imbécilité Puis à 18 ans: Impulsions agressives chez un oligophrène comitial	Indication agitation considérable	
Jean-Louis M. (psychose du 1er âge-déficit fixé cicatriciel		"Violent avec son entourage" "auto-mutilation"	

	Le diagnostic neuropsychiatrique	Symptômes pourchassés	Le diagnostic port sur le compte-rend opératoire
Leila B (psychose infantile du 1er âge et régression psychotique à forme autistique)	.Psychose infantile à forme autistique .Puis le diagnostic est démenti à Lyon. On parle de "stéréotypies chez une encéphalopathe peut être aggravée par le contexte familial .Diagnostic:maladie de Leber.Arriération quasi cécité-manifestations auto-agressives	Agitation - Auto-mutilation	Arriération Agitation Tendances à l'auto destruction
Alain C. (psychose infantile du 1er âge)		Agitation et crises furieuses	Arriération avec agitation et crises furieuses
Antonio V. (sur un fond de handicap congénital, psychose infantile du 1er âge			

L'enfant n'est pas considéré en tant qu'individu, il n'est reconnu que comme agité, instable...
Le mode d'approche de l'enfant est parcellaire. Il est morcelé, et on le nie comme individu total.
La chasse aux symptômes est un leurre et une négation de l'individu voué à être mutilé.

De plus, nous verrons que ces symptômes ont un sens, un langage, et que les symptômes que nous pourchassons sont des "symptômes gênants", mais ceci sera abordé au chapitre discussion.

EVOLUTION

Christine M
(observation n° 3)

- Echec - La symptomatologie est inchangée même aggravée

- L'enfant régresse de plus en plus dans un autisme tragique. Et l'on peut dire qu'en dépit des processus d'atrophie cérébrale (du reste aggravée par l'intervention) cette petite fille s'est laissée mourir dans sa solitude et dans son désespoir incommunicable (deux ans après l'intervention)

Jean-Louis M
(observation n° 11)

- Echec - la symptomatologie est inchangée

- Cet enfant devenu hémiplégique après l'intervention a évolué vers une régression massive, définitive - Rôle aggravant de l'hémiplégie.

Joëlle V
(observation n° 6)

- Echec - la symptomatologie est inchangée

- Joëlle même dans les périodes d'accalmie, reste instable. Puis rejetée de partout, elle régresse depuis 1971, dans un autisme de plus en plus important, que l'hémiplégie de juillet 1976, consécutive à un état de mal (atrophie cérébrale évolutive séquellaire de l'intervention) n'améliore pas.

Eliane C
(observation n° 1)

- Echec - la symptomatologie est inchangée

- Au fil des années, régression autistique (avec incontinence, passivité) profonde.

Yves M
(observation n° 2)

- Echec - la symptomatologie est inchangée

- Après quelques améliorations relatives, régression autistique.

Christian B
(observation n° 9)

- Echec - la symptomatologie est inchangée
- Régression psychotique à forme autistique

Patrick Not.
(observation n° 4)

- Echec - la symptomatologie est inchangée
- Régression psychotique à forme autistique

Patrick Nov.
(observation n° 7)

- Echec - symptomatologie inchangée et même régression (de langage, épisode anorexique...)
- Evolution - se comporte comme une psychose déficitaire avec agitation hypomaniaque discordante alternant avec des phases d'aboulie.

Alain B
(observation n° 10)

- Amélioration passagère au bout d'un an : (amélioration de l'agitation) qui très vite reprend et on aboutit à une hospitalisation.
- Evolue comme une psychose déficitaire

Joseph N
(observation n° 12)

- Considéré en 1953 comme bon résultat (cf. thèse de Pierre Cocuet-1957) ce qui ne l'empêche pas d'être hospitalisé dès l'âge de 6 ans
- Son évolution est nettement schizophrénique.

Alain C
(observation n° 14)

- Considéré en 1966 comme un échec
- Actuellement depuis se trouve dans un Centre d'Aide par le Travail, où son adaptation est bonne.

./.

Leila B
(observation n° 15)

- Echec - la symptomatologie est inchangée
- L'enfant qui se présentait dans un tableau de régression autistique majeure, présente une relative amélioration depuis deux ans.

Antonio V
(observation n° 13)

- Echec - symptomatologie inchangée malgré les multiples interventions
- Depuis quelques mois, amélioration relative depuis qu'il est dans un groupe de psychotiques, pris en charge par un personnel présentant une disponibilité et des caractères particuliers pour s'occuper de ce type de malades

Raymond B
(observation n° 5)

- Echec - la symptomatologie est inchangée
- Evolue comme un schizophrène catatonique

Pascal J
(observation n° 8)

- Aggravation de l'agitation
- Evolution vers une régression autistique.

LES RESULTATS OBTENUS PAR L'INTERVENTION

- Si l'on ne considère que les bons résultats à court terme, on note :

  • un cas d'amélioration passagère
  • un cas considéré comme bon résultat

  Il s'agit, bien sûr, uniquement d'une amélioration des symptômes, les enfants conservant "la maladie" qu'ils ont toujours eue

  • trois cas d'aggravation en ce qui concerne la maladie mentale

- A long terme, "les bons résultats" n'ont pas persisté.

Tout ceci nous invite à considérer ces techniques avec le plus grand scepticisme. Le type d'intervention semble avoir peu d'importance.

Nos résultats montrent qu'ils ont non seulement conservé les maladies qu'ils ont toujours eues, mais qu'ils souffrent maintenant d'épilepsie secondaire à l'intervention, que certains ont vu leur épilepsie s'aggraver, et que deux sont devenus hémiplégiques. Enfin, rappelons que Christine M (observation n° 3) est morte deux ans après l'intervention, son état était allé en s'aggravant depuis l'opération.

Si nous ne voyons pas les avantages d'une telle pratique, nous en voyons donc par contre, les inconvénients.

A l'opposé, nous voyons que l'emploi de méthodes non mutilantes a permis dans certains cas une amélioration.

Nous allons donc étudier ces méthodes thérapeutiques.

LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

LES REFERENCES A LA LITTERATURE

"La 1ère étape thérapeutique est d'établir un contact avec l'enfant.
Une intrusion trop brusque pouvant provoquer un retrait.
- Les premières relations se réalisent par une approche physique de l'enfant dans des modalités tactiles, rythmiques, vocales et kinesthétiques, et en se plaçant au niveau du fonctionnement sensori-moteur et vocal de l'enfant, en réfléchissant son comportement et, par imitation, en fusionnant avec l'enfant.
Ce sont les îlots relativements sains du fonctionnement du Moi autonome, les fragments du Moi et les noyaux sous-développés ainsi que la capacité pour une relation partielle qui sont contactés.
Ce type de contact s'établit par l'intermédiaire d'un personnel présentant des caractéristiques de disponibilité...
- Des psychiatres formés supervisent cette activité, la soutiennent, la dirigent et la corrigent en cas de nécessité et conceptualisent le travail intuitif de ce personnel. Ils apportent leur aide aux parents, afin de leur faire prendre du recul par rapport à leurs conflits identificatoires et de les déculpabiliser au sujet de leur enfant autiste.
- Des thérapies spéciales supplémentaires sont introduites au cours de l'évolution (thérapie de langage et de communication, thérapie par la musique et par les mouvements corporels afin de développer la maîtrise de l'image du corps.
- Une psychothérapie plus formelle, sur une base psychanalytique effectuée par un psychologue et deux psychiatres, est d'ordinaire entreprise lorsque le développement du langage et de l'affect est déjà entamé"

RUTTENBERG

"L'enfant autistique a vraiment besoin d'un thérapeute qui s'offre en chair et en os tant que... objet permanent, omniprésent... afin que sa personnalité puisse... s'unifier autour de cette image"

B.BETTELHEIM

"Les interventions réalisées par l'équipe de santé mentale, sont orientées à la fois vers la PREVENTION et la CURE.
La prévention est en premier plan lorsqu'il s'agit d'enfants sortant du cadre de la débilité mentale proprement dite.

La thérapie des insuffisances intellectuelles présente certes des aspects particuliers tenant aux traits psychopathologiques spécifiques de la structure déficitaire, mais, en même temps, elle soulève toutes les questions posées par les enfants, qui, atteints de troubles évolutifs sévères, relèvent d'une approche multidimensionnelle".

R. MISES

LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

INTRODUCTION - GENERALITES

"La relation avec le psychotique est ainsi, pour ceux qui soignent, à l'origine de fantasme d'épuisement ou d'invasion contre lesquels on peut chercher à se protéger par une fuite dans la pédagogie, le conditionnement ou l'activisme, toute mesure équivalent à une gratification irréfléchie des besoins de l'enfant. En prétendant rassurer le psychotique c'est sa propre image mise à mal par l'angoisse contagieuse de son client que le thérapeute cherche alors à restaurer comme pour prouver qu'il n'est ni vidé de sa substance saine, ni pris à son tour de folie, mais qu'il reste raisonnable et capable de diriger et de maîtriser la situation. Par là, il confirme les terreurs de l'enfant, renforce l'identification projective et empêche donc la symbolisation et le langage. Une telle attitude arrête l'enfant à une étape paralytique de son développement"

J. HOCHMANN

"Devant un enfant psychotique, l'adulte subit très fortement, l'angoisse inhérente à cette coupure du réel qui caractérise l'expression psychotique. Un signe constant existe, quoique difficilement formulable chez tous ceux qui essaient d'entrer en contact avec lui : éveil d'une angoisse spécifique dont certains se défendent avec énergie. L'enfant psychotique est vécu comme morcelant, clivant tout autant que morcelé et clivé lui-même. Ce clivage se retrouve à l'échelon institutionnel témoignant ainsi de la toute puissance d'une identification projective.

RACAMIER

-Une volumineuse littérature et de nombreux travaux théoriques existent permettant l'élaboration d'un schéma idéal de soins ; Mais les modalités d'application pratique, se heurtent souvent à de nombreux écueils. Si l'hôpital de jour et le semi-internat paraissent actuellement la voie royale pour soigner les psychotiques, il reste encore de nombreuses institutions type internat dans lesquelles, la réalisation de ce modèle est bien loin de correspondre au désir du thérapeute d'enfant psychotique.

A) CAS IDEAL

HOPITAL DE JOUR : formule semi-internat,

HOSPITALISATION à domicile.

FAMILLE :

Cadre social initial de l'enfant où s'établit la distorsion de la communication. Un travail auprès de la famille, concommutant de la prise en charge de l'enfant, permettra une évolution des aménagements réalisés autour du psychotique.

INSTITUTIONS :

- Autre groupe social offert à l'enfant, rééducations de tous ordres.
Activités diverses : Ecoles - Confrontation au groupe et à la présence d'autres enfants.
- Relation privilégiée à un adulte, immuable et permanent, source d'apports narcissiques à laquelle l'enfant viendra s'approvisionner pour rétablir une communication avec son entourage.

INSTITUTION FAMILLE

groupe

Relation

privilégiée

B) INTERNATS

FAMILLE - exclue volontairement par le thérapeute en raison de son rôle dans la genèse des troubles.
- Rejet familial pur et simple, avec abandon.

INSTITUTIONS - Seul groupe social de l'enfant.

Prise en charge institutionnelle, dans laquelle s'inscrit la relation privilégiée à partir de laquelle l'enfant s'approvisionnera.
La difficulté majeure résidant ici dans la nécessité absolue de présence.
La répétition dans le temps.

LE TRAVAIL INSTITUTIONNEL

Quelle que soit la forme clinique de la psychose infantile, la prise en charge complète de l'enfant, sans laquelle la psychothérapie serait illusoire est indispensable, dans une institution, qui doit être un instrument thérapeutique en elle-même.
En tant qu'organisme de soins, l'institution exerce une fonction basale de PRESENCE et des fonctions plus différenciées d'aide au Moi des patients. Cette institution fournit dans une atmosphère de TOLERANCE vis à vis des conduites les plus primitives et de fermeté à la fois, toute une gamme de virtualités relationnelles parmi lesquelles l'enfant psychotique choisira un modèle d'identification privilégiée, parfois d'emblée, parfois après un très long délai d'indifférence.
Le personnel éducatif et infirmier est confronté en permanence aux problèmes que pose la vie de tous les jours de l'enfant (alimentation - éducation sphinctérienne, habillement) et aux rituels propres à chacun d'eux.
De plus les activités proposées telles que rythme, danse, bain jeux d'eau permettent à l'enfant de trouver un plaisir de fonctionnement au niveau du corps propre, et à travers ce plaisir d'ébaucher une rencontre avec les autres enfants et avec l'adulte.
Mais la nécessité d'un "personnel stable dans un environnement chaleureux et accueillant" tel que le prône B. BETTELHEIM est bien difficile à réaliser enmilieu hospitalier compte tenu entre autre des problèmes d'effectif et d'horaires qui accentuent encore le sentiment de discontinuité chez l'enfant. Les premiers contacts avec l'enfant psychotique, sont comme nous l'avons vu toujours très éprouvants.
Educateurs et infirmiers assurent les projections dans un transfert qui, pour les psychotiques s'expriment sans fard dans un rapport massif, dévorateur et paralysant dans lequel ils se trouvent saisis en même temps qu'anihilés comme objets distincts (MISES)
La présence d'autrui est pour un psychotique, la chose la plus importante elle est aussi pour lui la plus aléatoire, et la plus problématique. La plus importante parce que sans elle, il n'est rien ; la plus problématique et la plus aléatoire parce que tant de dépendance ne laisse pas de l'effrayer d'autant plus qu'il voit et vit l'objet comme destructible et dévorateur, si bien qu'il ne cesse guère de le contre-investir ou de l'éloigner (quitte à le recréer dans l'imaginaire délirant) et que l'objet absent devient sans cesse un objet perdu et détruit.
On peut craindre que le milieu institutionnel ne reproduise une fois encore cette attitude, que le malade pour l'avoir introjectée tend sans cesse à réveiller autour de lui. Et il convient d'éviter que ce travail ne prenne un tour narcissique.

./.

La présence soignante devra se rendre aussi assimilable et peu redoutable que possible : stable, disponible, souple et non écrasante.
Envers les psychotiques une attitude est vraiment redoutable, c'est celle qui consiste à ne point s'intéresser à eux. Le psychotique ne parvenant au terme de sa course que dans l'accomplissement d'une négation mutuelle de l'existence d'autrui.
D'autre part cette "présence" doit savoir se différencier selon le degré d'évolution (ou de régression) du malade dans l'organisation de sa relation d'objet.
Mais la principale tâche du soignant, c'est surtout de percevoir l'appel de l'enfant, qui est toujours expression d'une angoisse, angoisse qui prend une autre signification pour l'enfant dès qu'il existe quelqu'un pour s'en émouvoir.
Souvent cet appel à plus d'amour que nous adresse l'enfant, reste forclos car il est entendu par l'adulte sur un mode génital. L'enfant nous appelle à la bienveillance où tout au moins à une modération de l'hostilité dont il se croit fantastiquement entouré.
L'équipe soignante doit pouvoir affronter les échecs. Déçue, dans son désir d'apporter une aide à l'enfant, l'équipe risque de voir se développer chez elle des sentiments d'impuissance, de culpabilité confuse et d'angoisse face à l'enfant. Elle risque de devenir hostile et rejetante, ou de se déprimer devant un échec. C'est ainsi qu'elle doit avant tout essayer de se déculpabiliser face à des comportements apparemment incompréhensibles qui sont à assimiler à un langage non verbal traduisant l'angoisse.
On peut donc qinsi entrevoir le fonctionnement interne de l'institution : mettre en oeuvre des moyens divers : éducatifs, infirmiers, rééducatifs, médicaux dans un certain cadre de vie ayant lui-même valeur thérapeutique et renvoyant à la notion de soins au sens le plus large.
Il est malaisé de tracer la limite entre certaines rééducations spécialisées plus ou moins spécifiques et la psychothérapie.
Des méthodes qui s'affirment psychothérapiques ne font guère la preuve de leur appartenance, alors que d'autres modestement dénommées "pédagogie" "rééducation" s'insèrent dans une approche systématisée dont on peut attendre des remaniements structuraux notables.
Ce cadre cohérent, support d'actions psychothérapiques à visée structurale, est soutenu essentiellement par l'équipe de base travaillant dans une perspective commune, sans scissure ni lien de subordination entre ses membres dont chacun peut occuper la place la plus large possible pour une action la plus efficace à son niveau. Chacun doit pouvoir prendre le maximum d'initiative et se sentir responsable, évitant de se retrancher derrière des considérations hiérarchiques. La prise en charge d'un enfant psychotique ne peut en aucun cas bénificier de cette certitude rassurante que constitue une recette préétablie. L'équipe soignante doit s'exposer aux risques de l'initiative et de l'échec tout en cherchant à recréer le bien-être symbiotique initial.

./.

Les soignants "ne disposent pas du levier thérapeutique qui constitue en psychothérapie l'interprétation et ils ne peuvent répondre que par leur attitude, leur présence, leur technique particulière. Leur rôle sera positif, réparateur, s'ils savent dans le même moment, être l'auxiliaire du Moi, et le personnage investi représentant de la réalité ; à la fois celui qui apporte les mots, les choses, les sentiments, et celui avec qui l'enfant les éprouve"

R.MISES

En effet, l'enfant investit tantôt l'un, tantôt l'autre, au fil des jours, en fonction de ses images internes, de son organisation ou de la conjoncture actuelle. L'adulte de son côté peut mieux répondre à la demande de tel ou tel enfant selon ses investissements actuels ou la technique qu'il maîtrise, mais toujours dans une position où il ENTEND l'enfant à TRAVERS SES TROUBLES, mais sans les réduire à sa dimension pathologique, le désir de guérir n'efface pas ici la tolérance devant les symptômes appréhendés dans une compréhension dynamique.

Orthophonistes, rééducateurs divers ne doivent pas être de simples dispensateurs de techniques stériles.
Ce qui est le plus difficile pour le personnel au contact permanent (ou presque) pendant son horiare de travail, des enfants psychotiques, c'est d'accepter l'ambivalence du psychotique.
Les nouveaux arrivants, ou les enciens inamovibles et non susceptibles d'évoluer ne supportent pas l'ambivalence qui choque le sens commun pour qui, ceci est bon et ceci est mauvais, qui suscite sentiment d'impuissance et culpabilité, ou encore irritation et agressivité.
La difficulté consiste à supporter l'ambivalence, puis à la tolérer, sans renvoyer à l'enfant l'anxiété projetée, et devenir ainsi objets possibles d'identifications constructives.
C'est donc sur cette toile de fond institutionnelle ET SE FONDANT AVEC ELLE, que viennent se greffer les actes thérapeutiques proprement dits, faits de moyens diversifiés et utilisés en fonction des difficultés de l'enfant et à partir d'actions qui perdent leur spécificité, tout en s'inscrivant dans le projet général.
C'est pourquoi techniques éducatives, rééducation du langage ou de la psychomotricité, traitements médicamenteux ne sont jamais utilisés dans une perspective orthopédique ou de colmatage.

Répondre par des exigences éducatives traduit en fait une intolérance à l'égard de l'agressivité de l'enfant. C'est lui répondre sur le même mode agressif, avec en plus une connotation sadique, persécutoire. La technique éducative perd alors toute signification et constitue en fait une défense devant l'angoisse que suscite en nous l'enfant psychotique.
Il y a sans cesse balancement entre le pôle de la spécificité technique et le maniement du sens qui apparait dans la relation ; chaque terme de ce mouvement ne pouvant suffire par lui-même, où être séparé radicalement en ce qui d'un côté serait à visée organique ou instrumentale et d'un autre côté psychothérapique.
Nombre de ces actes thérapeutiques spécifiques sont dispensés par les membres de l'équipe "élargie".
Il faut que l'action menée par les uns et les autres se développe dans la même direction, qu'elle soit coordonnée, concentrée.
Dans les meilleurs cas, l'enfant aménage progressivement des relations d'un type nouveau, il se posé en sujet reconnu comme tel, établissant une distance suffisante par rapport à ses images et à ses mécanismes de répétition, les médiateurs, à la différence de ce qui se passe dans la situation psychanalytique, gardant ici, une existence propre.
Ainsi, l'Institution si elle est vigilante sur ses propres motivations, peut combler les besoins fondamentaux de présence et de tolérance psychologique indispensable à l'enfant psychotique et réaliser un instrument thérapeutique qui peut être compris comme "un ensemble déterminé dont les éléments sont ceux d'un mobile". (RACAMIER).

Ainsi, estimant que l'aspect gratifiant seul était incapable d'ouvrir à une véritable relation, divers auteurs ont établi un conditionnement aux expériences frustrantes (WEILAND et RUDWIK)
D'autres proposent les méthodes de "conditionnement opérant" révélatrices de l'étrange représentation que ces thérapeutes se font de l'autisme.
Nous lui consacrerons une attention particulière dans un prochain chapitre.
L'établissement d'une relation à valeur transférentielle est généralement admise. Ce lien thérapeutique s'instaure massivement dans certaines formes (psychoses symbiotiques) il est moins évident dans d'autres formes (autisme, psychoses à versant déficitaire).
Il est convenu d'intégrer en tant que matériel significatif tout ce qui apparait dans la séance à travers la parole et les silences, les jeux, le dessin...
en fonction du mouvement de la cure, mais sans utiliser aucune de ces médiations dans un but éducatif ou pédagogique.
C'est à ce niveau que se situe le plus clairement l'écart vis à vis des tenants de la psychologie du Moi. L'interprétation constitue le levier majeur d'une telle praxis : c'est par elle qu'on parvient à l'élaboration des fantasmes originaires et à l'intégration des pulsions primitives.
Pour MISES, "L'approche multidimensionnelle, même quand elle exclut la dimension psychanalytique, s'inscrit en opposition avec la démarche des auteurs qui, prônant la psychanalyse des arriérés, condamnent sans rémission tout ce qui concerne la pédagogie, l'éducation, la rééducation. Pour cet auteur les divergences reposent sur des bases théoriques : sa conception de la déficience intellectuelle récuse l'exclusion des facteurs organiques, l'effacement de la référence historique, l'assimilation aux mécanismes invoqués dans la psychose.
Pourtant, dans leur pratique, ces auteurs ne méconnaissent pas les difficultés à instituer un champ proprement psychanalytique ni l'obligation d'aménagements parfois très importants, lorsque par exemple, ils sont tenus de passer par la médiation des parents et spécialement de la mère.
Enfin, certains cas échappent totalement à la psychanalyse
- (Remarque déjà faite par M. KLEIN).
En effet, dans le domaine central de la déficience intellectuelle, auprès des formes sévères où s'expriment les mécanismes les plus amputants au plan du langage et de la symbolisation, les supports du transfert et de l'élaboration interprétative ne permettent pas que s'établissent les conditions d'une véritable cure psychanalytique; celle-ci n'est guère concevable sans un travail préliminaire. Les aménagements proposés par certains pour la psychanalyse des arriérés introduisent des infléchissements déjà importants, bien proches des médiations que d'autres jugent nécessaires dans les cures multidimensionnelles où la psychanalyse trouve place, d'autant que la voie reste ouverte dans cette dernière éventualité pour glisser vers une psychothérapie psychanalytique systématisée, lorsqu'elle se révèle réalisable et nécessaire à un certain stade de l'évolution. Le désaccord fondamental est donc au sujet de la théorie.
Cette question des rapports entre psychanalyse et méthodes éducatives reste obscurcie par les reliquats de la controverse historique entre M. KLEIN et ANNA FREUD, c'est-à-dire par les oppositions théoriques, relatives au transfert chez l'enfant = avec M. KLEIN, et après elle, les tenants d'une authentique approche psychanalytique de l'enfant

ont en effet dépassé la seule visée éducative qu'Anna FREUD préconisait dans ses premiers écrits, cependant, le but poursuivi par la psychanalyse n'est pas sans exiger des aménagements et des médiations qui sont imposés par l'aide du sujet, la situation dans la famille, la structure psychopathologique - par exemple dans les organisations psychotiques du jeune âge, l'expérience a été faite depuis longtemps que son application devrait nécessairement aller de pair avec des modifications notables apportées au cadre et au maniement des paramètres auxquels le psychanalyste était accoutumé dans la cure des névroses.
Quant aux déficiences intellectuelles, elles obligent à recourir à des médiations, des supports qui, cependant, n'excluent pas la visée psychanalytique mais ce champ particulier exige des conditions qui permettent rarement le libre usage des instruments conceptuels et pratiques dont on dispose dans une véritable psychanalyse.

PSYCHOTHERAPIE DES ENFANTS PSYCHOTIQUES

L'écoute attentive des parents, des parents avec l'enfant, est le premier temps déterminant de la psychothérapie. Toutes les écoles s'accordent à penser que les psychoses sont une protection contre "le retour d'une angoisse impensable" aussi WINNICOTT pense que l'on doit se demander avant toute chose quel bienfait on doit espérer de la cure. Il précise que si un long travail thérapeutique semble redonner confiance à l'enfant le résultat stupéfiant c'est le retour de la vulnérabilité. Cliniquement cela signifie des troubles accrus, et le travail avec des enfants autistiques est pour cette raison éprouvant au maximum. D'autre part, le désir de "réparer" l'enfant, de lui donner une identité propre, suppose résolu le difficile problème de la place dans l'équilibre familial, son rôle dans la constellation parentale; sa signification fantasmatique pour ses géniteurs.
Donc, en face de ce que M. MANNONI appelle "le discours clos" le psychanalyste n'a pas d'entrée, la demande d'aide n'est pas profondément vraie et peut entamer cet équilibre. Tout effort du psychiatre est vain, voué à l'échec et activement interrompu par la famille dès qu'il y aura ébauche d'ouverture de l'enfant à une autre réalité, maintenu qu'il est, sans espoir dans les rets des fantasmes des parents.
M. MANNONI oppose au discours précédent "le discours drame" où une demande vraie peut être perçue à travers les mécanismes de fuite, les réticences ou les attaques, car l'angoisse est apparente et par là-même mobilisable.
L'analyste qui assurera le traitement doit savoir qu'il sera confronté à un moment de la cure "avec le souhait inconscient des parents exprimé, par des formations réactionnelles - à savoir que l'enfant devrait être mort" (WINNICOTT).

Le psychothérapeute de l'enfant se doit d'envisager une participation des parents, de la mère surtout au traitement de l'enfant (surtout pour les enfants autistes).
- soit présence à certaines séances.
- soit entretiens fréquents avec le thérapeute de l'enfant. Ces entretiens permettant avant tout une déculpabilisation des familles.
La vie quotidienne avec un enfant psychotique dont le comportement et les rituels sont très difficiles à supporter par l'ensemble de la famille, entraine souvent une désorganisation complète de la vie familiale et une aliénation de l'entourage. Le comportement de l'enfant avec ses parents signe souvent la distorsion du lien qui les unit = attitude fusionnelle, ordres contradictoires, ce doubles lien" dialogue de sourds entretiennent la distorsion de la communication.
- La psychothérapie de l'enfant.
Le thérapeute qui s'engage dans une psychothérapie avec un enfant autistique, sait que les critères de durée et de terminaison de la cure sont inexistants.
La personnalité du thérapeute compte ici plus que tout, pour que s'édifie à travers lui, une certaine cohésion de l'enfant.

La reprise relationnelle constitue l'essentiel du traitement, première étape dans la restructuration du Moi.
Cette relation de type maternelle, passe au début par un maternage bien lourd et bien difficile à réaliser. Donc, chez ces enfants peu structurés, les soins qui leur sont apportés s'appuient essentiellement sur les relations qui s'établissent, autour du maternage, à travers des soins corporels. Le bain, la toilette, le lever, le coucher, les repas restent des temps essentiels dans la vie de l'enfant. Tout ce qui se noue à travers ces situations sur un mode très primitif, contribue à réparer, restaurer et à réamorcer un mouvement dynamique. Le rôle du soignant étant de maintenir une action dynamiste à travers le maternage et l'étayage. Le nursing aura donc pour but d'aider l'enfant à découvrir des limites corporelles qu'il ne sent pas ou qu'il ressent comme étrangères à lui. Des stimulations kinesthésiques, diverses favorisent une certaine perception de ses limites. Bains, massages, enveloppements seront toujours utilisés dans une perspective relationnelle de tolérance, de disponibilité et d'investissement de l'enfant. La répétition d'un certain type de prise en charge toujours dans le même lien permettra une organisation progressive du Moi, la Répétition dans le temps favorisant une certaine structuration.
Les malades psychotiques sont toujours surpris qu'autrui prenne en compte les autonomies qu'ils acquièrent pas à pas ; il est vrai que leur mère ne leur avait guère accordé cette reconnaissance essentielle, ou bien elle l'avait fait, mais dans un style très particulier, essentiellement narcissique. Il n'y avait rien que l'enfant pût faire à son compte ou en son nom : il se vivait et souvent il était vécu comme un appendice ou un instrument de sa mère. Telle est la loi fondamentale de la psychose qui interdit tout ce qui est autonome, y compris pour finir de penser.
Le maternage thérapeutique doit toujours être prudent, chaleureux, authentique afin d'éviter que ces approches soient perçues par l'enfant comme des instrusions dangereuses dans son monde. "Si comme nous l'enseigne BETTELHEIM" l'amour ne suffit pas" il est néanmois essentiel comme base de la constitution d'une personne autonome et comme fondation de l'estime de soi c'est-à-dire du narcissisme.
C'est parce que la soignante peut offrir à l'enfant des gratification intériorisables par lui que celui-ci petit à petit se construit "un bon objet interne" (J.HOCHMANN).
Il importe d'éviter de s'identifier à la mère bloquant ainsi la relation sur un mode pathologique.
En effet le risque principal consiste à se laisser prendre au piège d'une situation fusionnelle induite par un enfant sans limites dont le seul mode de relation se traduit par une recherche aberrante du contact corporel.
"Il est en effet préférable que le bénéfice narcissique recherché par la soignante dans son travail tienne plus à des satisfactions techniques et à une réponse à des questions théoriques qu'au comblement d'un manque personnel mal assumé" (J. HOCHMANN).
Mais, dans cette relation d'objet archaïque et partiel l'autre n'est jamais un objet. L'enfant nie l'objet en tant

que tel, il n'est qu'une partie de son Moi morcelé, confondu avec les autres parties. Le souci constant du soignant consiste à toujours contrôler sa relation avec l'enfant en ayant toujours présent à l'esprit que la fusion avec le corps de l'autre est toujours vécue comme dangereuse et que si une relation symbiotique s'établit, il faut à tout prix le rompre, aider ainsi l'enfant à percevoir que d'autres modes de communications existent. Entretenir cette relation fusionnelle renforce la confusion de l'enfant qui essaie de donner des limites à son corps morcelé et enveloppé dans une enveloppe distordue.
Mais une relation ne peut être thérapeutique et structurante pour l'enfant psychotique, que s'il lui est permis de vérifier la permanence et l'indestructibilité de l'objet.
L'enfant psychotique vit dans un univers chaotique des angoisses de morcellement. Il ne peut appréhender de lui-même que ses pulsions destructives qui s'opposent à toute organisation. Cette destruction risque de détruire l'enfant et les autres selon des mécanismes de clivage et d'identification projective.
Le sujet et l'autre sont confondus. Seule, l'expérience de la réalité d'autrui permettra une certaine différenciation du Moi. Pour cela, l'autre doit résister aux attaques dont il est l'objet et demeurer indestructible.
L'enfant percevra ainsi des limites à la toute puissance magique de sa pensée et parviendra à une certaine perception de son Moi corporel.
C'est dans la dialectique des rapports de l'enfant avec son corps propre et de la relation avec l'autre, à partir de l'image partielle puis unifiée, que se construisent les bases de l'identité du sujet.
Le jeu, ainsi que toutes les activités ludiques quelles qu'elles soient, même les moins élaborées, aident l'enfant à appréhender l'autre comme nom qoi. Il permet de contrôler l'angoisse liée aux persécuteurs internes et externes, réels ou hallucinés.
Avant que le jeu ne devienne activité d'expression, support à la fantasmatisation, il a pour fonction essentielle de favoriser la différenciation de l'objet.
Le jouet sans cesse lancé au thérapeute permet ainsi l'élaboration d'un espace intermédiaire signant la distance entre l'enfant et l'autre.
Ce rétablissement des premières relations objectales constitue le temps fondamental dans la structuration du Moi de l'enfant psychotique. Tout travail avec le psychotique est un travail de patience. L'enfant psychotique nécessite pour la restructuration de son Moi, une grande quantité de temps.
Le soignant doit pouvoir affronter les échecs, et une fois la relation précaire établie avec l'enfant, pouvoir être capable de supporter l'accaparement de l'enfant puis, l'agressivité dirigée contre lui.
Ainsi, en même temps, qu'elle donne de son temps et de son énergie à l'enfant, par une véritable transfusion narcissique, la soignante travaille a aménager un espace intérieur où l'amour et la haine pourraient cohabiter. L'aménagement du Moi qui permet de passer d'un système exclusivement

projectif à l'intériorisation de sentiments dépressifs (culpabilité, tristesse) contre lequel il était édifié n'a rien à voir avec une quelconque pédagogie.
C'est à l'intérieur de lui que l'enfant doit trouver les sources de ses progrès. Les soignants ne peuvent qu'aider à ce long accouchement de soi-même qu'est une thérapie.
Il est certes possible de conditionner un enfant psychotique et de lui apprendre à se comporter autrement qu'il ne fait et par exemple d'une manière socialement mieux adaptée.
C'est ce que les parents ont tendance spontanément à faire et on les comprend car le voisinage de la psychose est insoutenable et entraine inévitablement chez autrui un comportement répressif et normalisateur. Mais le Moi qui est alors concédé à l'enfant est un Moi d'emprunt, une fausse personnalité artificielle et malléable qui sautera à la moindre intempérie et lorsque s'arrêtera la force externe qui lui donne son empreinte. Cela ne signifie pas que la thérapie se déroule dans une ambiance de laisser faire total. Il est important que la thérapeute préserve les productions de l'enfant et aussi le cadre du traitement contre sa destruction et l'exercice délirant de sa toute puissance.
Par là, elle lui montre que ce qu'il est et fait et ce qu'elle fait et est avec lui, ont un sens à ses yeux, une valeur". (J.HOCHMANN).
. La difficulté consiste à rompre le cercle psychotisant dans lequel l'enfant psychotique tend à enfermer avec lui son thérapeute, dans une répétition mortifère. C'est par la verbalisation et l'interprétation des comportements que s'ébauchera "l'ouverture au symbolique" (J. HOCHMANN).
L'intégration des pulsions ne peut se réaliser que si l'adulte peut recevoir l'angoisse de l'enfant en prenant acte de ses comportements, les introduisant ainsi dans un "réseau de significations" (J. HOCHMANN).
Progressivement se réalisera ainsi la différenciation entre Moi et la Réalité de l'autre.

LES CURES AU SEIN DE LA FAMILLE

On tend beaucoup de nos jours à encourager les cures au sein de la famille avec le concours d'équipes pluridisciplinaires, chargées d'étudier sur place, les conditions de vie de l'enfant et de le faire évoluer dans le sens voulu.
Pour les psychotiques, cet ensemble d'organismes "sur le secteur" permet une plus grande efficacité dans le DEPISTAGE, l'enquête médico-sociale et la prise en charge de certains cas en psychothérapie. Mais les échecs sont fréquents, et l'on doit alors envisager d'autres solutions.
D'autre part, si cette tâche ne parait pas médicalement réalisable, si l'on ne peut espérer du côté de la famille, une disponibilité et une plasticité suffisante, on est amené à envisager une coupure partielle (type externat ou hôpital de jour) ou plus radicale (internat- clinique spécialisée).

LES CURES EN INSTITUTION

Cette solution, capitale pour les psychotiques consiste à confier l'enfant à un établissement spécialisé, soit à temps partiel (hôpitaux de jour) soit à temps complet (hospitalisation, I.M.P.)
Des services de suite sont organisés ou prévus dans des cadres très variés foyers, C.A.T., hôpitaux psychiatriques pour les cas particulièrement graves... quoi qu'il en soit, l'équipe pluridisciplinaire garde sa place. Mais il faudra ne pas perdre de temps avec nos petits psychotiques qui ont besoin de bénéficier d'une aide médicale, et psychothérapique aussi précoce que possible, car ils risquent une évolution gravissime. Mais selon AUBIN, il ne faudra pas davantage augmenter indûment le séjour en dehors de la famille : "dans la plupart des cas de gravité moyenne, il est indiqué de pratiquer une coupure sub-totale, c'est-à-dire ne comportant qu'un jour de visite par mois au cours de la 1ère année, où l'on obtient en général un début de resocialisation, par la suite un retour au foyer pendant 4 à 5 jours tous les 3 ou 4 mois permet une accentuation de cette resocialisation et une ébauche de réinsertion familiale) au contraire une interruption prématurée de plusieurs jours risque de détruire l'amélioration obtenue".
BETTELHEIM va beaucoup plus loin et réalise pratiquement une coupure totale et indéfinie (de longues années) avec la famille.
Lorsque l'enfant n'a plus besoin d'une présence médicale continue, il bénéficiera des formules de soins à domicile et de post-cure en hôpital de jour, ou consultation externe.
Pour le psychotique, tellement attaché aux objets et aux lieux, l'internat doit permettre une insertion prolongée dans un cadre agréable et sécurisant. L'objectif sera la liquidation du vécu antérieur avec les significations péjoratives dont il était affecté, sentiment de rejet (vrai ou fantasme) d'échec d'irréductibilité, de malheur.

Un nouveau sens éclairera progressivement son existence, son nouvel univers : je suis accepté, ainsi, je peux réussir, progresser, devenir comme les autres.
Cette mutation ne peut s'accomplir comme nous l'avons vu que par un mécanisme relationnel : le lien avec le thérapeute. Ce lien est fondé sur une donnée affective irremplaçable que nous retrouvons dans la psychothérapie individuelle : c'est la sympathie, émanant d'abord du thérapeute, une sympathie compréhensive, empathique, une "sympathie participation" selon AUBIN.
Elle s'effectue dans l'AGI, au contact progressif du réel, avec la participation des autres enfants dans les micro-groupes.
L'AGI doit se poursuivre dans un climat très libéral, mais se trouver entravé également par la démission éducative.
L'hôpital de jour permet un déconditionnement en milieu ouvert.
Le mouvement thérapeutique s'articule à 2 niveaux : les relations vécues et éprouvées dans le milieu familial, sont reproduites dans le milieu thérapeutique, mais une réponse différente y est donnée et cette reprise dynamique entraine des répercussions et des modifications dans le milieu familial.
Le désinvestissement des positions conflictuelles dépend à la fois de ce jeu relationnel subtil mais aussi des actions particulières menées tant auprès de l'enfant que de la famille.
L'hôpital de jour peut accueillir des cas lourds qui autrefois auraient été placés en internat. Par contre "l'élément capital tient à ce qu'il perpétue réelle et vivante la relation parent-enfant".
Un autre point de différenciation :
L'hôpital de jour fonctionne avec une seule équipe qui assure l'ensemble de l'encadrement hebdomadaire. On n'a pas à faire face comme à l'internat, aux problèmes des horaires, des équipes qui se relaient, des veilles, des week-ends et jours fériés à assurer - vie familiale et vie professionnelle peuvent s'équilibrer harmonieusement.
La formation d'une équipe unique, entraine une conscience plus aigue de la place et du rôle occupés par chacun. Les difficultés ne peuvent être rejetées sur "l'autre".
Ceci entraine une maturation globale du groupe soignant, d'où découle un haut degré d'autonomie et de stabilité.
De plus les risques de devenir une organisation cloisonnée et fermée sur elle-même, sont moindres du fait des contacts plus nombreux avec l'extérieur. et les parents.

LES DONNEES STATISTIQUES

Henyer, Feld et Lebovici, en 1948, ont présenté 16 observations d'enfants et d'adolescents de 4 à 18 ans ayant subi une lobotomie ou une topectomie.

- ils ont eu un décès par infarctus cérébral au troisième jour.

- 7 sont des "enfants et des adolescents atteints d'idiotie soit congénitale soit démentielle" ; ils présentaient des colères clastiques, des réactions anti-sociales ou auto-destructives, dilacéraient leurs vêtements, hurlaient sans cesse. L'un d'eux présentait des crises comitiales.

- 3 sont des "arriérés épileptiques".

- 3 enfants présentaient un état démentiel.

. Pour les 7 enfants du premier groupe, la psycho-chirurgie a été un échec complet.

Aucun n'a été amélioré et l'un d'eux a été aggravé (perte du contrôle sphinctérien antérieurement acquis).

L'intervention a été trois fois une lobotomie, quatre fois une topectomie de la convexité.

. Pour les 3 enfants du deuxième groupe : les résultats sont satisfaisants, avec 2 bons résultats pour un échec.
Dans ce cas, on a constaté la disparition des crises comitiales (3 mois de recul). Les trois avaient subi une topectomie de la convexité.

. Les 3 enfants du troisième groupe ont été améliorés. Ils ont subi tous trois une topectomie de la convexité. Le premier d'entre eux ne prenait plus de crises, 4 mois après l'intervention ; le deuxième a vu diminuer de façon notable le nombre de ses absences ; le troisième n'avait pas repris ses crises deux mois après l'intervention.

Sur les 3 malades du dernier groupe, deux ont subi une lobotomie avec un décès et un mauvais résultat. Le troisième, une schizophrénie, a été remarquablement amélioré par une topectomie de la convexité.

./.

"Les résultats sont dans l'ensemble très décevants".

En 1949, Klein et Tardieu font état de 8 observations. Ils décrivent leurs malades ainsi : il s'agit de "cas arriérés profonds sont la vie n'est qu'un long hurlement, dont l'agitation incessante rend la vie impossible aux parents ou aux personnes, qui, par humanité, veillent sur eux". Il ne s'agit pas d'épileptiques. Ces malades, âgés de 2 à 16 ans, ont tous subi une lobotomie bilatérale dans le plan de la suture coronale. Il n'y a pas eu d'incident. Le but de l'intervention a été atteint dans tous les cas. L'agitation psychomotrice a cessé, et il s'est produit souvent une amélioration positive ; les enfants ont pu, alors, acquérir des automatismes.

En 1949, Ramirez Corbia rapporte 12 observations d'oligophrènes agités ayant subi une lotomie, soit une "décortication frontale bilatérale". Le type d'intervention réalisé pour chaque cas n'est pas précisé. Cet auteur relève 6 cas excellents avec acquisition d'un comportement social satisfaisant, 3 cas très encourageants, un cas nul, un décès.

En 1951, J. Euzière, R. Lafon, Cl. GROS, J.M. Enjalbert rapportent une série homogène de 9 enfants, de 3 à 12 ans, ayant tous subi une même intervention : topectomie bilatérale de la convexité (aires 9; 10, 11) pour troubles graves du comportement (très grandes instabilités psychomotrices chez des oligophrènes très graves, au seuil de l'internement).

Recul de 1 à 2 ans -

Ils ont eu :

- 1 décès survenu 8 mois après l'intervention
- 6 opérés améliorés.

Mais cette amélioration ne porte pas sur tous les éléments du syndrome.

- l'affectivité n'a jamais été modifiée
  les crises épileptiques non plus

- dans deux des cas, l'intelligence semble avoir été améliorée, surtout en raison d'une meilleure adaptation et d'un meilleur contact avec le milieu extérieur. Cette amélioration de l'intelligence est notée dans les cas, où le caractère lui-même et l'agitation ont été heureusement modifiés.

- le plus souvent, l'amélioration porte sur l'agitation et plus spécialement sur les grandes crises d'agitation avec colères et agressivité.

./.

Il semble que ces sujets supportent avec moins de réactions les conditions de leur exitence.

. aucun des opérés n'a été aggravé.
. EN FAIT : les améliorations ne sont jamais très importantes et ne portent jamais sur l'ensemble du tableau.
Elles sont néanmoins appréciables, car elles ont simplifié le problème de la surveillance et évité à tous les malades, sauf un, un placement dans un asile.

En 1951, Mario Yahn et S. Krynski, ont pratiqué une lobotomie (technique Freeman et Watts -sauf pour deux cas, où en raison d'une hémorragie après le premier temps, ils n'ont pu faire en une séance les deux côtés) sur 9 fillettes de 9 à 15 ans. Elles étaient toutes considérées comme des oligophrènes.

- épilepsie avec oligophrénie (4 cas)
- oligophrénie très grave (1 cas)
- oligophrénie post-méningo-encéphalique non léthargique (1 cas)
- personnalité psychopathique avec oligophrénie (2 cas)

Ces enfants présentaient comme symptômes principaux "l'agressivité, l'instabilité, l'agitation paroxistique, de la perversité, des tendances anti-sociales".

Les malades ont été observées pendant un an.

La question de faire la leucotomie pré-frontale chez les enfants anormaux avait pour base le problème très grave des déviations du comportement incorrigibles dans certains cas de psychopathies infantiles et dans certains cas d'encéphalopathies.

Les résultats obtenus sont les suivants :

- réadaptation sociale : dans un cas (1 personnalité psychopathique

- amélioration : 4 cas (2 cas d'épilepsie dont un avec débilité mentale, et l'autre avec imbécilité ; 1 cas d'idiotie probablement séquelle d'encéphalite, et 1 cas d'imbécilité

- non influendés : 2 cas (1 cas d'idiotie consécutive à une encéphalite, et 1 cas d'idiotie avec épilepsie)

- morts par hémorragie opératoire : 2 cas (1cas de débilité mentale, 1 cas de débilité mentale avec épilepsie)

./.

Les symptômes les plus influencés par l'opération ont été l'exhibitionnisme, les tendances destructives et perverses, l'impulsivité, la logorrhée, les soliloques, les crises épileptiques, les crises anxieuses, les réactions colériques, les tentatives de fuite, et l'indifférence.

Ils en arrivent à la conclusion que la leucotomie par la technique de Freemann et Watts a une action décisive sur les déviations de comportement chez les malades du type qu'ils ont étudié. Il semble que les résultats qu'on puisse obtenir dans ces cas sont supérieurs à ceux qu'on obtient dans les schizophrénies chroniques de l'adulte. Ils pensent que chez les individus jeunes, l'architectomie du cerveau encore incomplète offre de plus grandes possibilités de suppléance et de rétablissement du fonctionnement normal que chez l'adulte.

Donc pour eux, leurs meilleurs résultats ont été obtenus dhez les personnalités psychopathiques et chez les épileptiques avec graves déviations du comportement.

Pour Freeman, "la lobotomie doit être envisagée chez l'enfant dans les névroses et les psychoses très graves lorsqu'il y a incapacité totale et que l'enfant ne peut plus être contrôlé à cause de sa tendance aigüe à l'auto-destruction ou à l'extrême violence. Les résultats n'ont pas été tous aussi bons qu'on le désirait mais, compte tenu de la gravité dudésordre mental, on peut retenir, que dans certains cas, ces résultats ont permis aux malades de rester chez eux à condition bien entendu qu'on les maintienne sous une vigilante surveillance. Même dans ces cas, avec le temps, la plupart des malades font preuve, au fur et à mesure de leur maturation physique, d'une conduite tellement inappropriée à leur milieu social qu'ils doivent être placés dans les institutions pour malades mentaux".

- changements consécutifs à la lobotomie

. chez un enfant si gravement touché, qu'il ait 4 ou 10 ans, la lobotomie doit être extensive pour qu'elle ait un effet appréciable.

Les lobotomies faites dans un plan s'étendant en arrière presque jusqu'au tubercule de la selle turcique permettent d'obtenir une modification substantielle de l'état psychotique.

Après une telle intervention, l'état post-opératoire peut demeurer précaire pendant une période assez longue à cause de l'extrême inertie du malade. Incapables de s'alimenter eux-mêmes, à cause de leur impossibilité d'avaler, ces opérés doivent parfois être soumis à la sonde. Ils ont un masque figé et une rigidité des membres. On peut voir des tremblements rythmiques et des phénomènes de roue dentée, très semblables à ceux que l'on rencontre dans le parkinsonisme. Ce sont probablement là, des signes de traumatisme

./.

du globus pallidus avec dégénérescences rétrogrades secondaires du locus nigu.

Les oedèmes et les troubles trophiques, avec développement de grosses bulles sur les pieds ont été notés chez quelques uns de ces malades. La cause de ces troubles, signalés par Siegler et Os Good, est inconnue, mais ils tendent à disparaitre avec le temps.

Nous avons remarqué pour notre part, de tels troubles chez un malade parkinsonnien qui, mis au 5 hydroxytryptophane à posologie "normale", a présenté rapidement un syndrome de surcharge.

Freeman précise "qu'une fois la période d'inertie passée, l'état mental de ces malades présente un changement marqué par rapport à l'état pré-opératoire.

Dans les cas où les lobotomies postérieures ont été pratiquées, on observe de la gentillesse et de la bonne humeur. Un comportement gai et joueur.

Ce changement bénéfique peut persister pendant un certain temps, mais il est deux phénomènes qui empêchent la personnalité du patient de se développer plus pleinement.

- le premier est la récurrence ou le progrès de la psychose, si bien que les manifestations anormales du comportement reparaissent ; alors la psychose se poursuit sans modification importante. Lorsque l'enfant se développe physiquement, les manifestations de son comportement sont renforcées par la vigueur physique qui rend leur contrôle de plus en plus difficile.

Le refus de nourriture et les tendances auto-destructrices semblent être les symptômes sur lesquels la lobotomie agit le mieux, puisqu'ils ne reparaissent plus.

- le second phénomène qu'on rencontre plus souvent chez ceux des patients dont la psychose semble avoir été guérie de façon permanente, c'est l'installation du tableau clinique d'une déficience lobaire frontale.
Ces malades sont hyperactifs d'une façon agitée et improductive. Ils sont incapables de prévoir et de réfléchir et on ne peut, par conséquent, les soumettre à aucun entraînement nécessitant du jugement. Certains d'entre eux ont fait des fugues, d'autres ont volé des objets chez eux ou chez leurs voisins, d'autres ont fait preuve d'une grande irritabilité vis-à-vis des membres de leur famille et, au fur et à mesure qu'ils grandissaient sont devenue dangereux en raison de leurs tendances agressives.

Cette agressivité semble provenir de la frustration, plutôt que d'un élan spontané, mais quoi qu'il en soit, cela rend leur vie familiale difficile.

./.

Un petit nombre de familles ont essayé de commencer ou de poursuivre l'éducation mais ce fut là un effort inutile, ces enfants étant trop distraits pour apprendre autre chose que les soins élémentaires de leur personne. Ils supportent mieux le milieu social parce qu'ils ne sont plus préoccupés mais leur attention vagabonde tellement qu'il est impossible de la fixer sur une tâche déterminée.

Un peu de la précocité particulière qui avait marqué le "savant idiot" persiste encore mais ces dons, eux-mêmes ne sont plus cultivés. Dans les cas où le malade avait cessé de parler il semble, qu'à part quelques demandes directes, il ne retrouve plus de langage articulé.

En résumé -

Huit enfants, âgés de moins de 10 ans, ont subi une lobotomie préfrontale, comme traitement d'un comportement violemment agressif et auto-destructeur.

Plusieurs d'entre eux ont été suivis pendant plus de cinq ans et les résultats définitifs se sont avérés peu satisfaisants.

Dans la plupart des cas, les malades retombent dans leur état primitif et, dans les autres, ils font preuve d'une incapacité à apprendre.

Tout ce que l'on peut attendre de l'opération c'est de réduire leur comportement violent de manière à ce qu'ils puissent être contrôlés chez eux.

Après l'adolescence presque tous requièrent leur traitement dans un hôpital de malades mentaux.

Condram et Kingler ont observé l'échec de la lobotomie dans 6 de ces cas (états d'agitation chez les arriérés).

Pour Barahona Fernandes, chez plusieurs oligophrènes agités, les résultats obtenus ne furent pas stables et semblaient proportionnels au déficit frontal.

Puech, Desclaux, Soulairac, Morlon -
"A côté de modifications intéressante, dues à la cisternotomie, peuvent s'observer des échecs totaux, analogues à ceux que l'on retrouve après d'autres tentatives, telles que la lobotomie" ou dans l'ensemble, il n'a obtenu que de mauvais résultats, et il rapporte deux cas d'enfants présentant des troubles graves du comportement :

./.

- 1 cas de débilité mentale légère avec troubles caractériels irritabilité, méfiance, entrecoupés de périodes courtes et rares de diminution de ces troubles.

Le PEG n'a entrainé aucune modification du comportement, et elle a montré une dilatation considérable de la citerne optochiasmatique.

La cisternotomie n'a entrainé aucune amélioration

L'insulinothérapie a été sans résultat

La lobotomie non plus.

- 1 autre cas : à son entrée dans le service : phase d'opposition et de mutisme. Au bout de deux mois, coprolalie continuelle accompagnée de phénomènes d'auto-mutilation.

2 PEG n'ont entrainé aucune amélioration. Elles ont montré par ailleurs une image normale.
L'insulinothérapie est restée sans action
Une lobotomie profonde, prolongée jusqu'au corps calleux, n'a entrainé aucune amélioration.

Ils concluent que

Chez ces malades on peut donc noter l'absence de résultats de toute thérapeutique, aussi bien chimique que psychochirurgicale.

Ces échecs ont donc à être pris en considération, des résultats heureux étant obtenus par ailleurs par des interventions non mutilantes.

En 1954, Le Beau, dans son ouvrage rapporte 26 observations d'enfants et d'adolescents de 4 à 20 ans. Ceux-ci sont classés en quatre groupes :

- schizophrénie greffée sur un état de débilité antérieure (3 cas)
- épilepsie avec troubles caractériels -6 cas-
- état d'arriération avec épilepsie (10 cas)
- arriération avec agitation psychomotrice (7 cas) et violence rendant la vie sociale impossible

- les 3 malades du premier groupe : semblent guéris avec un recul de 3 à 5 ans
L'un d'eux a subi une topectomie de la convexité,
les deux autres une cingulectomie.

- les 6 malades du deuxième groupe : ont été améliorés
Ils ont pu se mettre au travail
Deux ont vu leurs crises diminuer de fréquence de façon notable
5 de ces malades ont subi une cingulectomie,
1 seul une topectomie de la convexité.

./.

- sur les 10 malades du troisième groupe, 7 ont subi une cingulectomie avec 6 succès et 1 échec qui n'a pas été réparé par une topectomie de la convexité pratiquée dans un deuxième temps.
  Deux d'entre eux ont vu disparaitre leurs crises.
  Deux topectomies de la convexité ont été réalisées isolément avec 1 échec et 1 légère amélioration.
  Un malade a subi sans succès d'abord une section de la face interne, puis une lobo tomie.

- sur les 7 malades du quatrième groupe : 3 ont subi une cingulectomie avec 2 succès et 1 échec. Pour 3 autres, on a réalisé une topectomie de la convexité avec un bon résultat, un résultat faible et un échec réparé par une cingulectomie dans un deuxième temps (3 ans de recul)
  La résection orbitaire pratiquée dans le dernier cas a été un échec.

Il considère donc que dans les état d'agitation chez les arriérés, les résultats de la cingulectomie sont supérieurs à ceux des autres types d'intervention.

Par contre, Ferrey a pratiqué deux cingulectomies sans résultats.

C. Verrier - même hôpital de R.Klein (thèse-Paris 1954) rapporte des observations "d'arriérés mentaux" soumis à la lobotomie, à l'hôpital des Enfants Malades et nous avertit :

"L'indication de la psychochirurgie relevait surtout du facteur agitation, rendant impossible le séjour de tels malades chez leurs parents et créant de grosses difficultés également dans un asile, ou un centre spécialisé, dans l'hébergement des oligophrènes. Certes, nous avons été poussés à proposer une lobotomie avec l'arrière pensée de "calmer" ces malades, mais également, et c'est là le problème que nous considérons comme capital, dans le but d'éviter l'apparition de troubles régressionnels chez les frères ou soeurs de grand oligophrène agité, dans le cas où la famille s'opposait à tout placement extra-familial, obnubilée par l'obligation morale de devoir créer et maintenir ces "pauvres petits êtres déshérités" dans le milieu familial.

Et l'auteur précise : "notre optimisme ne fut pas couronné de succès et il faut avouer que les résultats ne furent guère encourageants vis-à-vis de la catégorie très spéciale et homogène d'enfants auxquels nous nous sommes adressés".

./.

P. Coquet, C. Kohler, J. Lecuire, M. Roche (1957)
"Sur 22 cas d'enfants ou d'adolescents présentant des états d'agitation grave et irréductible, trouvant avec un recul de 2 à 3 ans, que les résultats sont bons dans 35 % des cas.

13 garçons et 9 filles de 2 ans 1/2 à 17 ans, avec une prédominance pour les enfants de 7 ans et au-dessous

dont

5 présentaient une épilepsie avec arriération importante, évoluant vers une détérioration mentale progressive.

Dans l'appréciation de la qualité du résultat, il est en tout cas nécessaire d'avoir un recul de 2 à 3 ans.
Les améliorations sont parfois aussi brèves que spectaculaires.
Il faut également, lorsque des progrès sont constatés, que ceux-ci s'amorcent dans les semaines qui ont suivi l'intervention.
Leur amélioration qui se dessine seulement plusieurs années après doit être attribuée aux méthodes utilisées par la suite.

Si les enfants ne sont pas toujours améliorés, ils ne sont jamais aggravés. Cette constatation permet de faire justice des attaques portées contre la psychochirurgie en général.

Rappelons que l'intervention a été pratiquée en dernier ressort après l'échec de toutes les thérapeutiques :
il n'y avait plus rien à perdre. On connait la détérioration mentale progressive de ces arriérés profonds épileptiques qui constituent une bonne partie de ces malades.

Un tiers de bons résultats. Ce pourcentage est acceptable si l'on songe aux enfants auxquels cette thérapeutique s'adresse.

Parmi les échecs, deux fois a été constatée une évolution vers un état schizoïde.

Les opérés constituent un groupe assez homogène d'arriérés profonds présentant une atteinte organique du système nerveux central. La cimitialité, lorsu'elle s'ajoute, ne justifie pas une classification à part.

La topectomie péricalleuse pratiquée cinq fois a fourni deux bons résultats

La seule résection orbitaire a été un succès

La lobotomie a donné deux bons résultats pour 4 interventions

Les topectomies de la convexité ne nous ont pas donné de bons résultats

Les interventions unilatérales paraissent inefficaces même lorsque la résection corticale s'étend aux trois faces.

./.

La comitialité ne constitue pas un facteur aggravant puisque 3 sur 7 des bons résultats se sont produits chez des épileptiques.

Sur les 12 épileptiques, 9 seulement présentaient des crises comitiales avant l'intervention : ils n'ont pas été améliorés, la fréquence des crises est restée inchangée.

Trois de nos malades ont été dépistés par un examen systématique, alors qu'ils n'avaient jamais eu de crises. L'une d'elles, porteuse d'une comitialité sous-corticale diffuse, présente depuis 3 mois, une crise quotidienne. Un EEG montre un foyer frontal Droit qui parait en rapport avec l'intervention.

L'amélioration considérable du syndrome excitomoteur est gâtée par l'aggravation de la comitialité.

Chez les deux autres malades, porteuses d'une comitialité diffuse, on peut discuter le rôle du traumatisme opératoire dans la localisation secondaire des anomalies électriques au niveau d'un foyer frontal ou fronto-temporal.

Aucun des opérés non épileptiques, n'a présenté de crises comitiales depuis l'intervention".

- Pour certains auteurs, la comitialité serait améliorée à la suite d'interventions psychochirurgicales. (Yahn, Heuyer, Le Beau)

- Euzière, Lafon, Gros, Kohler et Lecuire , ne confriment pas.

La seule thérapeutique chirurgicale de l'épilepsie restant l'indication du foyer épileptogène sous contrôle électro-corti-co-graphique. Ainsi que l'ont montré Dechaume, Wertheimer, Lecuire, Mansuy et Courjon, l'indication opératoire doit être posée en tenant compte des éléments cliniques, électro-encéphalographiques et des données de la pneumo-encéphalographie gazeuse.

Des données statistiques, il ressort que :

- il est difficile de se faire une opinion sur les résultats cliniques des interventions psychochirurgicales, et ceci malgré l'énorme masse de travaux statistiques publiés

- la valeur des statistiques reste très relative

  . les cadres nosologiques ne sont jamais nettement définis et englobant des cas très différents.

  . une autre cause d'erreur est introduite par les publications hâtives, les auteurs réunissant dans une même statistique des résultats admettant une évolution qui

./.

va de quelques mois à quelques années. Les cas récemment opérés faussent les résultats en éliminant les possibilités de rechutes qui, quelques mois plus tard, auraient fait passer les bons résultats dans le groupe des échecs.

- un autre problème est l'appréciation des critères de guérison.

En résumé :

On peut dire que les résultats sont discordants. Mais les échecs répétés, rapportés à plusieurs reprises, n'ont pas empêchés de continuer à pratiquer pendant des années des opérations psychochirurgicales, sur de jeunes enfants jugés "arriérés" ou "incurables". Certains avaient 2 ans 1/2, 3 ans !...

LES PRINCIPAUX ARGUMENTS AVANCES

PAR LES TENANTS ET LES OPPOSANTS DE LA PSYCHOCHIRURGIE

I - Les références à la littérature

II - La valeur de la théorie de la localisation cérébrale

III - Organicité - dysfonctionnement cérébral - méconnaissances de la maladie mentale - problème de la psychochirurgie chez l'enfant

IV - L'altération de la personnalité - le déficité intellectuel

V - On a tenté d'assimiler la psychochirurgie aux autres traitements et même ... à la psychanalyse

1 - le conditionnement
2 - les médicaments
3 - la psychanalyse
4 - la psychochirurgie par comparaison à ces techniques

VI - Les chances de succès - les indications tendant à justifier l'intervention

A - les meilleures chances de succès

1. l'âge du malade
2. l'âge de la maldie
3. la personnalité
   a) les troubles graves du caractère
   b) les débiles
4. "les femmes, les nègres, et les gens simples" (Freeman)
5. la rééducation post-opératoire - le rôle de l'entourage, le milieu familial

B - Les motifs invoqués pour tenter de justifier l'intervention psychochirurgicale

1. l'incurabilité
2. l'échec des autres thérapeutiques
3. le refus d'un placement asilaire - l'attitude des parents
4. la suppression du "symptôme gênant"

VII - La psychochirurgie - ses implications sociales - politiques - philosophiques

VIII - Pour conclure -

I - LES REFERENCES A LA LITTERATURE

- La psychochirurgie repose sur la méconnaissance des lois des maladies mentales et des problèmes de la personnalité. Elle tire sa séduction bien souvent de la pente du moindre effort (Baruk).

- Schématiquement résumée, la position de cet auteur consiste à soutenir que "l'on traite certains symptômes mentaux pénibles, soit pour le malade, soit pour son entourage, en créant des lésions anatomiques dans le cerveau". Personne ne nie, dit encore Baruk, qu'il en résulte souvent des troubles importants de la personnalité... Les sujets étant considérés à tort comme incurables ; tout se passe parfois comme si l'esprit des méthodes psychochirurgicales consistait dans une sorte de troc, consistant à livrer la conscience morale et les manifestations les plus spécifiques de la conscience humaine, en vue d'être libéré d'un symptôme gênant. On peut se demander si le prix de cette libération est bien justifié"
Baruk ajoute : "la psychochirurgie ne vise pas à guérir, et c'est pourquoi elle ne se soutient et ne peut se justifier que si l'on a admis préalablement l'incurabilité des psychoses.

Devant cette incurabilité (contredite par les faits, mais seulement pour des médecins qui ont eu la patience de suivre leurs malades pendant de longues années), devant ce désespoir de principe, et préalable, on s'estime autorisé à essayer au moins d'atténuer des symptômes gênants, comme l'anxiété ou l'agressivité.

On oublie que l'anxiété est souvent curable sans que, pour la supprimer, on soit obligé de mutiler ou de détruire la personnalité.

Quant à l'agressivité, loin d'être calmée par la lobotomie ou les opérations similaires, elle est au contraire ultérieurement très souvent aggravée par suite de la diminution du contrôle.

Bien entendu, pour apprécier les résultats, il faut attendre le TEMPS suffisant. Un grand nombre d'observations avaient été publiées comme des succès. L'évolution ultérieure a montré que de telles publications trop précoces ont été suivies de démentis.

Nous allons donc envisager successivement les grands points suivants.

II - VALEUR DE LA THEORIE DE LA LOCALISATION CEREBRALE

La localisation des fonctions intellectuelles au niveau du lobe frontal est une conception mécaniste grossière contraire aux enseignements de Pavlov.

Ce dernier tout en combattant la conception simpliste de Lashley selon laquelle, les différents secteurs du cerveau ne possèderaient aucune fonction particulière s'est opposé également à la conception mécaniste des activités fonctionnelles.

Les résultats des découvertes de Pavlov ont jeté à bas la théorie rigide de la "mosaïque cérébrale", thèse avancée par Gall et défendue avec acharnement dès qu'on eut découvert les premières localisations.

Par contre, Goldstein prenant le contre-pied de la théorie de la mosaïque cérébrale, affirma que le creveau était un tout, et selon lui "le système nerveux est un appareil où toutes les pièces se tiennent et qui travaille toujours dans sa totalité". Cette contradiction s'explique dans une certaine mesure par un malentendu de langage. En effet, que doit-on entendre par localisation, celle d'une fonction ou celle d'une lésion ?
Il semble que les anatomistes aient confondu la localisation d'une fonction avec la localisation d'une lésion. Et, si aujourd'hui on abandonne la théorie de la mosaïque cérébrale qui affectait à chaque aire, une fonction précise, il reste vrai cependant qu'il existe des aires dont la destruction entraine l'abolition de certaines fonctions.
Pavlov en étudiant les réflexes conditionnés sur l'animal a permis de comprendre comment les milliards de neurones que renferme le cerveau peuvent présenter des associations multiples, qui ne sont pas fixées par le jeu des connexions anatomiques, mais qui sont fluctuantes au gré des besoins par le jeu des aiguillages entre neurones. Alors que les réflexes conditionnés n'ont qu'une stabilité relative et momentanée. Les travaux de Pavlov ont montré comment la concentration et la différenciation de l'excitation corticlae sont rendues possibles par le phénomène de l'inhibition qui impose silence aux centres entourant le foyer de grande activité.
Tout se passe comme si l'écorce du cerveau comportait en grand nombre des appareils de discrimination supersensibles. Par eux les excitations extérieures sont différenciées, concentrées, orientées vers les centres commandant le réflexe conditionné. C'est ce que l'on nomme les analyseurs.

./.

Il n'y a donc pas de mosaïque anatomiquement fixe, mais une mosaïque fonctionnelle en perpétuel mouvement au gré des combinaisons des innombrables réflexes conditionnés. L'activité nerveuse supérieure apparait comme une activité de l'ensemble du cerveau.

> Cette activité psychique étant une activité globale, la thèse qui prétend la localiser au niveau du lobe préfrontal est erronée.

Rappelons à ce propos, qu'en URSS, la lobotomie est interdite dès 1950, comme intervention inefficace dans ses résultats, anti-scientifique et antiphysiologique dans sa conception.

> On peut donc conclure, que la psychochirurgie est une méthode antiphysiologique se réclamant d'une conception erronée du fonctionnement cérébral.

III- ORGANICISME - DYSFONCTIONNEMENT CEREBRAL
LA MECONNAISSANCE DE LA MALADIE MENTALE
PROBLEME DE LA PSYCHOCHIRURGIE CHEZ L'ENFANT

"L'intervention n'est tentée que par découragement, insuffisance d'examens, ou de diagnostic" (Baruk).

La psychochirurgie est une méthode s'inscrivant dans le cadre d'une véritable organogénèse des maladies mentales.

- Andy en 1966, dans son traité "traitement neurochirurgical du comportement anormal" se montre un organiciste convaincu. Pour lui "la technique chirurgicale est une approche directe de l'organisation structurale et fonctionnelle du cerveau, alors que la technique psychologique est indirecte". C'est pourquoi dit-il "la chirurgie du comportement a un avenir assuré.
"Un des besoins principaux de la psychochirurgie est donc de développer des nouvelles méthodes pour identifier et quantifier le comportement. En fin de compte, nous devons mettre au point une nouvelle classification du comportement qui prenne en considération l'anatomie et la physiologie du cerveau".

- L'école allemande (1971) Congrès de Prague de neurochirurgie "La violence contre soi-même, et contre les autres, comme cible de la psychochirurgie stéréotaxique". Le noyau médian du thalamus est en cause dans les névroses obsessionnelles, dans les syndromes d'hyperkinésie avec violence chez les enfants arriérés, ou dans l'épilepsie temporale. La genèse des troubles est ici encore strictement organique "par suite d'une lésion cérébrale prénatale, héréditaire, ou acquise au cours des premières années de la vie, certains enfants présentent des troubles du comportement, dont les plus fréquents sont la violence contre les autres ou contre eux-mêmes".

Hassler et Dieckmann s'intéressent également beaucoup aux délinquants sexuels. Ils pensent que "l'hypersexualité" ou les "déviations sexuelles" proviennent du dérèglement du système de régulation sexuelle située dans l'hypothalamus.

. Certains sont allés encore plus loin. Mark et Ervin ont suggéré à l'éditeur du journal Of the American Medical Association, que la cause des grèves et des troubles raciaux pourrait être une dysfonction cérébrale, et que logiquement les autorités au lieu de faire front en utilisant les instruments politiques traditionnels de la répression devraient plutôt prendre en considération les promesses de la psychochirurgie.

./.

Or, en ce qui concerne l'agressivité on ne peut pas parler d'un "centre de l'agressivité". L'agressivité est un comportement et un comportement ne peut être le fruit que de l'interaction entre un certain nombre de facteurs qui peuvent être multiples. Les uns internes, c'est la programmation, fruit elle-même de la longue sélection historique de l'espèce ; les autres externes qui peuvent être le résultat de l'action de l'environnement.

L'approche physiologique met en évidence des relations de succession et de concomitance. Elle indique, par exemple, que les gènes influencent le comportement humain en augmentant la probabilité de certaines tendances tempéramentales. Elle montre que quand un cerveau est soumis à des effets toxiques, la tonalité affective du monde change pour le sujet et de nouvelles orientations de conduite se dessinent.

La science physiologique rend compte de ce que l'organisme est VIRTUELLEMENT CAPABLE DE FAIRE mais non cependant de tout ce que l'individu va réaliser effectivement dans telle ou telle circonstance. Elle donne le substrat du comportement mais elle ne peut épuiser la question du sens et de la causalité.

Les cordes vocales, la langue, certaines zones corticales, etc... sont indispensables pour s'exprimer verbalement mais tout cela n'explique pas tel discours.

L'effectuation d'une série de conduites suppose évidemment des organes, des structures, des systèmes de régulation, mais toutes ces conditions ne sont pas PAR ELLES-MEMES déclenchantes. Le physiologiste démontre l'organisation innée qui offre la possibilité de différents types d'attaque, mais il n'a pas encore prouvé que les organismes disposant de tels circuits nerveux doivent nécessairement s'y engager de par une pression organique interne.

Les travaux sur les structures intra- organiques ne permettant pas de comprendre les rapports qui s'établissent CONCRETEMENT entre l'organisme, le monde et le comportement.

En fin de compte, il ne peut ENTIEREMENT SUPPRIMER les dimensions écologiques, psychologiques et sociales. Il peut seulement, de par une décision méthodologique, les laisser entre parenthèses pour mieux progresser sur son propre terrain.

Le neurophysiologiste, P. Karli, déclare que "les stimulations internes (ou externes) prennent une valeur motivante en fonction du vécu de l'organisme ou encore en fonction du SENS qu'elles reçoivent.

D'autre part, nous avons vu dans l'étude des obsefvations, que le diagnostic porté était celui d'arriération, dont l'étiologie était rapportée à des encéphalopathies.

./.

Nous ne saurions trop insister sur la nocivité d'une théorie uniquement organogénétique, qui entraine la méconnaissance des facteurs relationnels, trop attaché qu'est le médecin à expliquer entièrement la déficience par ses fondements biologiques.

Ceci ne voulant pas dire qu'il faille refuser de prendre en considération la pesée des atteintes du système nerveux, comme le font les tenants d'une certaine théorie psychogénétique.

Mais les excès d'une approche psychogénétique exclusive sont d'une incidence réduite, compte tenu du petit nombre d'adeptes et du fait que les enfants sont traités à un âge avancé.

Il n'en est pas de même, du côté des thèses organicistes, car le modèle médical traditionnel et l'insuffisance habituelle d'une formation en psychopathologie, poussent, massivement, accoucheurs, pédiatres, omnipraticiens à négliger pendant les premières années de la vie de l'enfant les éléments qui plaident en faveur d'une prise en considération de tous les paramètres en jeu.

Sans négliger le versant neurologique, on est tenu de ressaisir une structure globale, que l'on essaiera de modifier en agissant sur les lignes de force découvertes sur les incidences les plus diverses dans le cadre d'une cure de <u>longue durée</u>

Tous les travaux modernes préconisant de mener précocement des actions multidimensionnelles de longue durée

- Ces insuffisances d'examens et de diagnostic, correspondent à une méconnaissance de la pathologie mentale chez l'enfant,

ce qui va de pair avec une attitude de découragement. Devant cette incurabilité, en raison de bases organiques, comment ne pas être découragé ?

Peut-on entreprendre un quelconque travail valable avec ces enfants, si aucun espoir n'existe ?

Tout étant obligatoirement voué à l'échec, seule reste alors la solution "magique" la psychochirurgie.

Mais il semble s'agir davantage d'un DENI de la maladie mentale, et du fait psychiatrique, que d'une méconnaissance.

Déni qui va de pair avec la valorisation de l'organicité des troubles. Déni, là encore, moyen de défense "magique".

./.

On a même essayé de justifier la psychochirurgie par une comparaison avec l'ablation d'autres organes comme l'estomac par exemple. Mais on ne pratique l'ablation de l'estomac que pour une lésion grave de cet organe, comme un cancer, ou un ulcère compliqué. Il ne viendrait à personne l'idée de faire une gastrectomie pour une dyspepsie fonctionnelle.
Or la plupart des syndromes mentaux sont des symptômes fonctionnels consécutifs souvent à des causes variées, même extra-cérébrales, comme l'alcoolisme, des causes toxiques, endocriniennes... qu'il est bien utile de dépister et de soigner.
Par là, le domaine de la psychiatrie n'est pas exclusivement cérébral, mais lié, entre autre, à toute la médecine générale.

Enfin, on ne peut pas comparer le cerveau avec les autres organes, le cerveau est un organe très spécial dont les cellules détruites ne se réparent pas, dont les moindres cicatrices favorisent l'EPILEPSIE et enfin qui est en rapport avec le psychisme et les manifestations les plus élevées de l'homme.

Pour certains auteurs, chez les adultes, les interventions portent sur un cerveau "malade". Toutefois les recherches d'anatomo-pathologistes comme Morel, Chevtchenko, ont montré le caractère souvent minime des lésions cellulaires observées dans les psychoses (quand elle existent) par rapport aux lésions extensives consécutives à la psychochirurgie.

Kohler et Lecuire pensent "qu'il existe une différence fondamentale entre la psychochirurgie de l'enfant et celle de l'adulte. Chez l'adulte, la psychochirurgie va trouver une personnalité qui n'est que rarement détruite, mais en quelque sorte en sommeil, et susceptible de se réveiller à nouveau dans le plein de ses possibilités, et il importe de se faire une opinion sur la possibilité réelle d'atteinte de cette personnalité par l'exérèse corticale. Sur le plan anatomique d'autre part, il est certain que les lésions cérébrales, pour fréquentes qu'elles soient, sont peu étendues et peu importantes".

Lafon et Gros (Montpellier) soulignent l'importance des lésions cérébrales chez l'enfant. D'où pour ces auteurs, les bases physiologiques qui justifient la psychochirurgie chez l'adulte, ne sont pas valables pour les arriérés. On ne peut parler de chirurgie fonctionnelle.

Pour Kohler et Lecuire, leurs constatations anatomiques leur ont paru moins péjoratives, et ils pensent par ailleurs que le mécanisme d'action de la psychochirurgie est loin d'être élucidé, et que de toute façon on ne peut le réduire à l'interruption des fibres thalamo-frontales.
Pour eux, on doit envisager une action globale sur le cerveau tout entier, et ils pensent qu'il s'agit malgré tout d'une chirurgie fonctionnelle, car si le chirurgien opère sur un cerveau lésé, il ne pratique pas l'ablation effective du tissu lésé.

./.

Ce n'est pas une chirurgie d'exérèse, le but de l'intervention étant de modifier l'équilibre fonctionnel du cerveau tout entier. C'est une "action de masse" à distance qui se produit".

Il faut souligner également que ces intervention pratiquées sur de jeunes cerveaux encore en évolution, présentent de grands risques d'épilepsie secondaire (Baruk).

IV.- "UN ASSASSINAT DE L'ESPRIT"

"LA MORT DE L'INTELLIGENCE" John Saxe Fernandez

L'ALTERATION DE LA PERSONNALITE

- "C'est dans les lobes frontaux, que toutes les fonctions associées avec les traits les plus importants de développement humain, sont organisées et réparties. La créativité, la sensibilité, l'intelligence, le jugement, la faculté de prévoir, tout ce qui rend les hommes essentiellement différents des animaux, se développe dans les lobes frontaux" P. Breggin.

- W. Freeman a déclaré "que les nouvelles pratiques offrent de larges possibilités d'ordre technique pour tronquer la créativité lorsqu'on les applique au lobe frontal. En effet on mesure le but et le succès de cette intervention selon les degrés où les "malades" -en particulier les plus intelligents- ont perdu la faculté de s'introspecter, de spéculer, et de philosopher surtout dans le rapport avec le moi". De plus il poursuit : "La faculté de création semblerait être la forme la plus haute de l'activité humaine, elle exige imagination, concentration, visualisation, autocritique et persistance devant l'échec... théoriquement si l'on se base sur des études psychologiques et de la personnalité, la faculté de création, doit être abolie par l'intervention".

- Talairach écrit : "la plupart des auteurs sont d'accord en ce qui concerne l'existence d'un déficit des fonctions intellectuelles dans les suites opératoires, avec récupération dans un délai de 3 à 6 mois.
L'accord est moins unanime pour des reculs importants. Après 2 ans, il semble que les 3/4 des malades présenteraient une légère détérioration, quelle que soit la catégorie nosographique à laquelle ils appartiennent, et quel que soit le type d'intervention.
A savoir si ultérieurement, le déficit s'accentuera chez ces malades, ou s'il y aura stabilisation des lésions ?"
Il poursuit : "les modifications observées au Wechsler s'apparentent à certaines de celles décrites chez des sujets présentant des lésions organiques frontales (échec au classement d'images) par contre, pas de perte d'attitude catégorielle dans la mesure où l'on peut en juger par le comportement en présence des cubes de Kohs".

- Moor, pense qu'il y a "conservation de la personnalité et de la structure de base dans ses grands traits, avec diminution des symptômes psychotiques ou névrotiques qui n'atteignent pas un degré morbide, ce qui permet un meilleur équilibre affectif et une meilleure adaptation sociale".

./.

La plupart des auteurs, étant d'accord pour souligner après l'intervention, une légère tendance à l'extraversion.

- Breggin déclare que les études faites sur les premiers patients lobotomisés montrent qu'ils "ont non seulement conservé les maladies qu'ils ont toujours eues, mais qu'ils souffrent aussi maintenant de graves troubles cérébraux dus à l'intervention chirurgicale, à savoir la perte de leurs capacités intellectuelles".
Crime contre l'humanité, tel est son cri d'angoisse.
Mais laissons-lui encore la parole : "En tant que psychiatre, la participation du "psychothérapeute" à cette technique (la psychochirurgie) me scandalise. Il s'assied à côté du patient, et entame avec lui une conversation pendant que les neurochirurgions envoient graduellement le courant électrique. C'est ainsi que le "thérapeute" règle la quantité de tissu à détruire, nécessaire à la mutilation des réactions émotionnelles du patient.
Le patient ne peut pas se rendre compte qu'on coagule son cerveau, mais le thérapeute le sait tout de suite, puisque la destruction du tissu frontal est immédiatement reflétée par une perte progressive de toutes les fonctions humaines, en rapport avec le lobe frontal : la créativité, l'empathie, la sensibilité, la connaissance de soi, l'émotivité, etc...".

Peu importe, le type d'intervention, et selon Scoville (président de l'association internationale de psychochirurgie) ce ne sont en gros que des différences de degré, il s'agit toujours d'opérations visant à émousser les facultés.

- Selon Baruk, l'intervention psychochirurgicale réalise dans tous les cas une mutilation du tissu cérébral, les leucotomies, topectomies... sont donc des encéphalotomies qui aboutissent inéluctablement à des lésions dégénératives.
Un fait est donc incontestable : l'existence d'une lésion cérébrale définitive produite par l'intervention.

Un autre fait en découle, l'altération de la personnalité, quasi constante, spécifique et définitive qui existe dans les cas les plus favorables, comme le reconnaissent entre autres Freeman et Barahona Fernandez.

. Partant de là, les adversaires posent donc le problème : a-t-on le droit de porter atteinte à la personnalité, de façonner par l'intervention chirurgicale des hommes diminués, contents de tout et soumis à tout ?

Et quel moyen de domination, la généralisation d'une telle technique appliquée aux hommes jugés de race inférieure apporterait à quelque émule d'Hitler !

./.

. Il est vrai que les défenseurs de la psychochirurgie mettent en balance le triste état des malades, auxquels cette technique est appliquée. Mais ne déclarent-ils pas trop facilement incurables, unmalade mental sans avoir expérimenté les autres méthodes capables bien souvent de guérir sans atteinte de la personnalité ?
Les psychochirurgiens ont ainsi glissé sur la pente des solutions faciles et dangereuses.

.. D'autre part, les psychochirurgiens prétendent guérir la névrose.
Mais l'importante expérience de Jacobsen, sur le singe, détruit cette prétention, affirment les adversaires de la methode.
Un singe qui présentait une névrose produite expérimentalement a subi une lobectomie bilatérale, et Jacobsen constate qu'après l'opération, il est devenu tout à fait impossible de lui suggérer une névrose expérimentale, mais il n'est plus capable de la mondre ébauche des raisonnements élémentaires qu'il faisait avant l'intervention.
Par conséquent, la suppression de la n"vrose expérimentale du singe n'est en réalité qu'une inaptitude à la névrose : celle-ci disparait du fait que les possibilités d'analyse et de différenciation qui étaient à son origine ont disparu et avec elle les possibilités pour l'animal de résoudre le problème simple qui lui était posé.

La suppression de la névrose n'est obtenue qu'au prix d'une détérioration globale de l'animal. Il en est de même chez l'homme.

Les interventions psychochirurgicales modifient dans le sens d'une régression la personnalité de l'opéré et c'est sur cette régression même, que s'appuient les psychochirurgiens pour réaliser la réadaptation sociale du patient.
"On accepte donc de gaieté de coeur une dégradation volontaire de la personnalité du malade sous prétexte de le faire échapper à la dégradation évolutive que représentent les actuelles conditions de soins dans les asiles, ou aux tourments moraux qui le rongent" (Sven Follin).

V- ON A TENTE D'ASSIMILER LA PSYCHOCHIRURGIE AUX AUTRES TRAITEMENTS ET MEME ... A LA PSYCHANALYSE

Delgado écrit : "La psychanalyse, l'usage des drogues, telles que les excitants ou les tranquillisants, l'administration d'insuline ou l'électrochocs, d'autres sortes de traitements psychiatriques cherchent tous à influencer la personnalité aberrante du patient dans l'espoir de modifier ses caractéristiques mentales individuelles".

Parlant de ses expériences, il déclare : "Il n'y a rien là de mal, puisque nous enfermons bien des gens contre leur volonté dans les hôpitaux psychiatriques, et que nous leur faisons subir des électrochocs".

Mais plus loin, il se plaint que "l'électrochoc est une méthode grossière d'une efficacité douteuse sur les personnes normales". Ce qui revient à dire que cette thérapeutique est mauvaise parce qu'on ne peut pas l'appliquer aux personnes normales !

Quant à la psychanalyse, écoutons ce qu'il en dit : "elle porte sur une très longue période et le patient peut facilement se replier et refuser d'exprimer ses pensées intimes".

1- "Le conditionnement"

Parmi ces autres sortes de traitement psychiatrique, il aurait pu ajouter la thérapeutique du conditionnement par l'aversion, cette proche parente de la thérapeutique psychochirurgicale. Il s'agit de tentatives visant à créer des réactions condi - tionnées par des punitions et des récompenses.

Selon Bettelheim, cette méthode réussit à abattre temporairement les défenses de l'enfant contre les frsutrations de la réalité et l'oblige à agir. Mais ces actions ne viennent pas de l'enfant. Ce sont celles qui sont voulues par l'expérimentateur : c'est-à-dire que ses actions ne sont que des réponses conditionnées.

L'enfant est donc mis au même niveau que les chiens de Pavlov.

Ces malheureux enfants sont traités comme des objets. L'enfant autistique ne permet pas à la réalité pénible de pénétrer dans son monde, on décide de lui imposer une réalité encore plus pénible.
On supprime aussi efficacement la liberté de choisir en créant chez le malade des réactions conditionnées qu'en détruisant une partie de son cerveau. Et il pense que l'on peut sans doute dire du conditionnement ce qui a été dit de la lobotomie : "la lobotomie change un désordre fonctionnel qui est potentiellement guérissable en un désordre organique pour lequel nous n'avons aucun traitement" Freeman 1969.

Ces techniques "thérapeutiques d'aversion" sont appliquées pour modifier le comportement des prisonniers "agressifs" notamment au pénitentier de l'Etat de Californie.

"La vision scientifique de l'homme offre des possibilités excitantes" dit Skinner. Mais cette excitation c'est Skinner et ses prosélytes qui l'éprouvent et non pas le "sujet" qui n'existe qu'au sens populaire de "victime".

Bettelheim pense que le "choc" est une des plus anciennes méthodes de traitement psychiatrique, qui trouve à chaque génération des partisans et cela pour plusieurs raisons

- la première souvent invoquée, est que cette méthode donne des résultats. En enlevant au malade le peu d'humanité qui lui reste, elle le rend plus malléable par l'intermédiaire de la peur ou de la souffrance qu'elle provoque.
Il importe peu que le résultat soit obtenu par le bain, le fouet, ou les chaînes, comme à une époque reculée, ou en notre époque technologique par des procédés médicaux comme la lobotomie ou l'électrochoc.

./.

- la deuxième peu souvent invoquée, est qu'elle satisfait UN DESIR DE PUNIR DES OBJETS récalcitrants. Objets car le fait de les considérer comme des personnes exclurait l'utilisation de pareilles méthodes.

Chaque fois que l'on démantèle les défenses d'un malade sans se demander pourquoi il a besoin de ces défenses, et contre quoi il les a élaborées on obtient certainement un résultat, mais on n'obtient jamais la guérison/

La guérison nous entendons par là, obtenir une existence humaine impliquant des choix.

Et pour ce faire, il faut par exemple dans le cadre de l'autisme que l'enfant soit convaincu par des expériences positives qu'il ne court aucun danger en renonçant peu à peu à ses défenses autistiques. Il y renonce parce qu'il dispose d'expériences nouvelles et gratifiantes et non parce qu'une machine lui donne des bonbons. Il y renonce parce que des relations humaines satisfaisantes sont mises à sa portée et non parce que des leviers sont placés au bon endroit.
Les méthodes de conditionnement peuvent changer un enfant autistique en un automate et même l'on pourrait dire en jouant sur les mots, un "automomate" PLUS DOCILE.

Les soins apportés à cet enfant qui souffre d'angoisse de morcellement et qui se sent envahi par ses pulsions destructrices et agressives, se résument ainsi au dressage d'un petit animal.

2- "Les médicaments"

L'éclipse (très relative) de la psychochirurgie est due principalement à l'afflux massif de nouveaux médicaments dans le champ de la psychiatrie.

P. Breggin pense que si "la lobotomie" ne se développe pas plus encore, c'est en raison de la possibilité qu'ont les psychiatres d'administrer des doses de calmants, telles, qu'une véritable "lobotomie médicamenteuse" est réalisée, et qu'il est par conséquent inutile de recourir à une intervention : "le patient fonctionnant même mieux et étant plus utile dans l'hôpital".

La psychochirurgie actuellement est appliquée aux gens à qui on ne peut donner d'aussi fortes doses. Elle a lieu principalement dans les hôpitaux généraux.

Ce qui retiendra notre attention, c'est le type de rapports que l'usage des neuroleptiques, à doses massives, tend à concrétiser avec le malade et plus généralement dans le réseau institutionnel. C'est une chose d'utiliser les neuroleptiques, et c'en est une autre que d'en faire le coeur de l'action thérapeutique, c'est là alors que s'instaure le règne neuroleptique.

Le médicament est un intermédiaire. Il peut servir de tampon (éviter la peur qui provoquerait de part et d'autre l'abord d'autrui sur le registre de l'écoute psychologique).
Enfin, il sert à manifester par un mode souvent magique la puissance du médecin sur le malade.
Sur le même plan, le refus du médicament sert au malade à manifester sa propre puissance ainsi que son hostilité.

Si l'investissement du médicament devient prédominant, le médicament se revêt d'un aspect magique. On peut parler de relation médicamenteuse.

Enfin l'objet médicament est érotisé. Ici l'objet-médicament remplace tout simplement l'objet proprement dit. Ici il prend statut d'objet (partiel) devient le seul objet, et il n'y a de relation qu'avec lui. Nous sommes au niveau de la toxicomanie médicamenteuse. Celle-ci comporte souvent mais pas nécessairement abus de médicaments.
On parle ici de processus toxicomanique, sous l'angle psychologique et non pharmacologique.
Lorsque le psychiatre ne peut rien faire d'autre avec ses malades que leur ordonner des médicaments, il est lui-même devenu prisonnier, voire toxicomane de la prescription médicamenteuse.

./.

Il arrive d'ailleurs que le médecin y soit plus ou moins contraint par les conditions mêmes dans lesquelles il travaille (en particulier par la surcharge de malades).

La prescription médicamenteuse constitue la principale prescription numériquement précise qu'un psychiatre puisse transmettre à un agent soignant.
Ordonner sans commentaire une attitude psychologique précise ne revêt aucun sens. Si l'on veut orienter une attitude psychologique précise, il est bien évident que l'on doit en parler avec eux.
La prescription médicamenteuse en revanche peut, elle, faire l'objet d'un ordre formel, bref et précis.

L'optique essentiellement médicamenteuse entraine une organisation institutionnelle déterminée dont la structure est marquée par la défense contre les émergences affectives et le formalisme des relations à tous niveaux.

Inversement, on doit prévoir qu'une institution présentant les traits précités aura très fortement tendance à s'adonner aux relations médicamenteuses, car ce sont elles qui conviendront le mieux à son répertoire relationnel. Dans des institutions de ce type, la demande majeure, dont le psychiatre se trouve l'objet, est une demande de prescriptions médicamenteuses.

Toute excursion hors de cette ligne quant au traitement ou à l'observation des malades suscite aussitôt du malaise, de la surdité, de la passivité ou de la franche hostilité.

Lorsque le psychiatre se laisse aller à porter son action sur le seul terrain de la médication (où bien souvent le malade l'attend) les effets utiles des médicaments sont plus qu'annulés par les effets appauvrissants qui s'exercent non seulement sur les malades mais aussi sur les soignants et sur l'ensemble institutionnel, et par leur intermédiaire, encore une fois sur les malades.

Ce qui est déterminant, ce n'est pas le médicament en lui-même, mais les attitudes psychologiques : pour faire une relation médicamenteuse, il faut d'abord une certaine structure relationnelle, que le médicament concrétise, mais ne crée pas de toutes pièces.

D'éviter pareil avatar demande en somme que la structure institutionnelle soit pensée en FONCTION DU MALADE, plus qu'en fonction du médicament.

L'impérialisme médicamenteux est évité si TOUS les intéressés, à commencer par les malades et sans oublier les soignants, sont informés des propriétés des drogues et associés d'une façon pratique et réelle au traitement médicamenteux.

Tout traitement est l'affaire commune du malade, du médecin et du soignant (et aussi des proches du malade).

./.

Enfin le comportement des malades à propos des médicaments n'est pas moins pris en considération que les effets proprement pharmacologiques.

> Cette acceptation ou cette opposition au traitement n'est pas possible dans le cas de la psychochirurgie où le malade subit passivement, un traitement qui bien souvent lui est imposé, et auquel il ne peut se soustraire. Cette différence nous parait capitale, malgré tous les dangers et abus de "camisole chimique" qui existent.

Pour compléter le tableau de la "psychiatrie neuroleptique", il faut ajouter qu'elle est basée sur une conception parasitaire de la psychose : c'est-à-dire une conception tendant à considérer les phénomènes psychotiques comme des produits d'origine localisée. Xertes, on ne considère plus le délire comme le produit de quelques cellules cérébrales en dérangement, mais, pour s'être dissimulée, cette forme de pensée n'a pas pour autant disparu. Il faut pour la trouver la rechercher à travers les théories, ou mieux encore dans les actes.

Cette conception latente est souvent celle des malades eux-mêmes, et non moins souvent celle de leurs parents. Le mécanisme psychologique inconscient qui conduit à cette vue est simplement celui de la projection. La conception "parasitaire" est une théorie isolante à base projective.

Si l'optique médicamenteuse peut admettre l'existence de facteurs psycho-dynamiques dans les psychoses, mais à titre secondaire, elle n'est guère prête à se placer du point de vue économique.

Si la psychose est parasitaire, alors les médicaments sont les insecticides. Il serait du reste curieux d'observer à long terme si les neuroleptiques auront, sur l'économie psychique des individus, des effets aussi néfastes qu'en ont les insecticides sur l'équilibre biologique des espèces, c'est-à-dire sur l'économie de la nature. Il n'y a pas de limites aux conséquences imprévues d'une action radicale effectuée sans réflexions sur l'un des chaînons d'un équilibre biologique à l'économie complexe et toujours imbriquée.

Mais il est parfaitement possible que le médicament soit présent comme facteur technique, voire comme objet de médiation dans la relation médecin-soignant-malade, sans devenir pour autant un instrument d'occultation.

C'est de la politique thérapeutique de base et de l'organisation institutionnelle qui en découle et qui la concrétise qu'il dépend que le médicament soit porté par les relations thérapeutiques et bien qu'au contraire il les commande, les absorbe et finalement les ferme.

Le jour, qui n'est pas invraisemblable, où les ordinateurs convenablement programmés sauront produire les prescriptions neuroleptiques, il faudra bien que les psychiatres qui ne l'avaient pas encore compris se rendent compte, une fois déchargé des manipulations médicamenteuse, qu'il leur reste avec leurs malades quelque chose à faire de plus spécifique et de plus irremplaçable.

3- "La psychanalyse"

Quant à la psychanalyse, ou aux méthodes psychothérapiques, elles sont fortement éloignées de l'esprit et des méthodes psychochirurgicales.

Freud s'est évertué à faire découvrir par le malade lui-même, ce qui se cachait derrière son comportement symptomatique. La voie royale menant à la compréhension de la maldie mentale est la découverte par le malde lui-même du sens caché et de la cause de son comportement manifeste.

4. "La psychochirurgie, par comparaison à ces techniques"

La psychochirurgie, en détruisant les lobes frontaux, provoque des changements dans l'affectivité qu'aucun contrôle personnel ne peut influencer.

De plus, on ne saurait trop insister sur le caractère DEFINITIF, que représentent ces thérapeutiques mutilantes.

. Quant à la stimulation électrique cérébrale bien qu'elle ne produise pas de destruction permanente du cerveau, mais seulement une modification fonctionnelle, elle nous parait tout aussi redoutable.

L'individu se trouve désarmé devant la manipulation directe de son cerveau, il est privé de ses mécanisme s de réactivité biologique les plus intimes.
Dans les expériences, une stimulation électrique d'intensité appropriée l'a toujours emporté sur la libre volonté. Il est par exemple impossible de se soustraire volontairement à une flexion de la main causée par la stimulation du cortex moteur.
On peut par exemple, dit Delgado, provoquer certains comportements, comme par exemple faire regarder sous le lit ou agiter les bras.
Et comme le sujet ignore qu'il agit sous le contrôle des électrodes, il cherche des explications à ce geste, disant par exemple : "je cherche quelque chose".
Dans l'une des cliniques, où il travaille, il est allé jusqu'à faire porter aux femmes des petits chapeaux fantaisies par dessus leurs électrodes implantés, ainsi elles sortent, vont se promener, reviennent et ainsi de suite.
Il dit également "qu'un système de communication pourrait être établi entre le cerveau du sujet et un ordinateur. Celui-ci pourrait reconnaître l'anxieté, la dépression ou l'agressivité et déclencher la stimulation de structures d'inhibition spécifique".
Il fait allusion ici à une lobotomie fonctionnelle obtenue par l'excitation d'une région provoquant l'inhibition d'une autre région.
Il en décrit l'application sur des singes et il inhibe les zones exactes que les lobotomies enlèvent habituellement ; il y arrive beaucoup mieux en les inhibant électriquement.

Lobotomie classique ou lobotomie fonctionnelle, dernier raffinement technique, ne sont que des thérapeutiques aliénantes, ne laissant aucune place au propre désir du malade.

./.

Et il faut reconnaître, même si cela parait difficile, que les vicissitudes des victimes d'une certaine forme de psychiatrie institutionnelle ou pénale ne sont pas les pires.

Le mal étendu et IRREPARABLE qu'inflige la psychochirurgie à ses victimes, nous oblige à considérer toutes ces thérapeutiques que l'on peut qualifier "d'aversion", comme étant "modérées", puisqu'on constate que malgré la douleur inhumaine à laquelle elles sont soumises, les victimes des thérapeutiques "d'aversion" parviennent à conserver une intégrité neurophysiologique "relative" qui leur permet de communiquer et de dénoncer leur martyre à ceux qui sont au dehors de cet univers dantesque de "violence institutionnalisée".

Les victimes de la psychochirurgie n'éprouvent pas tant de souffrance, car ils ne gardent pas de souvenirs "inutiles" de leur traitement. Car ils ont été amputés des portions les plus significatives de leur organe premier. Ils ne présentent pas de revendications post-opératoires.

La finale du film "vo au-dessus d'un nid de coucous" illustre bien ceci.

"Le grand chef" ne supporte pas de voir ce qu'est devenu son copain, qui jusqu'alors était très vigilant et critique sur les méthodes qui lui étaient appliquées, et c'est lui qui... achève le travail, il le tue.

Comme le montre le livre de Freeman, 1/3 des patients lobotomisés n'ont plus assez de facultés cérébrales pour même se rendre compte qu'ils avaient été opérés.
Voici la description du premier patient lobotomisé aux Etats-Unis. Cette femme, car bien sûr c'est une femme, n'avait jamais été hospitalisée. La description de Freeman elle-même semble empreinte d'hostilité à son égard. Il dit : "la patiente était une vraie garce et elle en avait fait voir de toutes les couleurs à son mari". -"Elle se mit à hurler sur son lit. Mais après l'opération, la patiente devient docile". Et la première question que Freeman lui pose est : "Etes-vous satisfaite d'être ici ?" réponse : "oui" -question : "avez-vous encore peur comme avant ?" réponse : "non" -question : de quoi aviez-vous peur ?" réponse : "je ne sais pas - j'ai l'impression d'oublier".

Ces opérés étaient devenus incapables de témoigner de quoi que ce soit, ils ne savaient plus que rire bêtement.

./.

Une autre malade, exhibée en tant que preuve vivante du miracle lobotomique... Elle se mettait à glousser, à sourire, à ricaner, à parler... et on la faisait sortir !

Il s'agit là de lésions cérébrales graves. Il est bien connu que les vieux syphilitiques au cerveau ravagé peuvent sourire, communiquer et inventer ce qu'on appelle des affabulations.
Mais il ne se passait rien dans leur tête, ils étaient incapables de rapports avec autrui.

Freeman et Watts, ainsi que d'autres psychochirurgiens, sont d'accord pour dire que le degré de docilité et de tranquillité du patient est proportionnel au degré de désorientation dans les premiers mois. La cause en est la lésion du cerveau.

VI- LES CHANCES DE SUCCES

LES INDICATIONS TENDANT A JUSTIFIER L'INTERVENTION

Certains auteurs ont étudié les différents facteurs qui donnent les meilleures chances de succès.

On a tenté de justifier la psychochirurgie par ses indications. Elle serait indiquée seulement lorsque la maladie parait incurable, ancienne, ou lorsque les autres procédés thérapeutiques auraient échoué. Mais ces critères sont eux-mêmes très incertains et remplis de caúse d'erreur.

A) -- Les meilleures chances de succès

1-- L'âge du malade

2-- L'âge de la maladie

3- La personnalité
   a) les troubles graves du caractère
   b) les débiles

4- "Les femmes, les nègres, et les gens simples" (Freeman)

5-- La rééducation post-opératoire - Le rôle de l'entourage - Le milieu familial

1- L'âge du malade

Pour la majorité des auteurs, l'âge le plus favorable est l'âge adulte jusqu'à 45 ans.

- Pour Freeman, cependant, les sujets âgés sont de bons candidats.

"Tout d'abord les personnes âgées" écrit-il dans la liste qu'il dresse des meilleurs patients à opérer.
Mais pour les enfants, les résultats seraient médiocres ainsi que chez les adultes jeunes dont les traits schizophréniques ou obsessionnels ont commencé à la puberté.

- Actuellement "la nouvelle vague psychochirurgicale s'intéresse activement aux enfants". Voici ce que Andy écrit : "On devrait l'utiliser chez les adolescents, et chez ceux qui relèvent de la pédiatrie, afin de permettre au cerveau qui se développe de mûrir avec une réaction aussi normale que possible à son environnement. Il doit être souligné que, durant le premier développement, l'interaction entre le cerveau et son environnement produit la base et l'arrière plan très importants pour les comportements de la vie adulte. Il est donc préférable de pratiquer la psychochirurgie que de voir un enfant au comportement anormal continuer sous un contrôle inapproprié au cours de ses années de développement de formation"

Donc on peut dire, que malgré la discordance des résultats et souvent contre l'avis général, certains opèrent les jeunes enfants et les gens âgés... des gens sans défense somme toute.

2- L'âge de la maladie

Taleirach écrit : "les résultats sont d'autant plus favorables que l'affection est plus récente. Mais cette notion ne doit pas faire de la psychochirurgie une solution de facilité permettant d'éviter ou de réduire les traitements habituels longs et pénibles".

D'autres auteurs, tel Kalinowsky, pensent que la psychochirurgie ne doit pas être un traitement "ultime" auquel on a recours trop tardivement alors que les chances de succès ont considérablement diminué.

S. Hirose (Japon) recommande également d'opérer tôt.

Certains auteurs actuellement tendent donc à opérer tôt, alors que les travaux modernes sur les psychoses infantiles préconisent des efforts thérapeutiques intensifs, et devant être poursuivis pendant un grand nombre d'années. Et certains psychochirurgiens "nouvelle vague", tel Andy et Reder, voient au contraire dans la psychochirurgie un moyen d'éviter ces traitements longs, pénibles, et coûteux, et ils insistent sur le gain financier d'une telle méthode.

3- Importance de la personnalité

Les auteurs (Freeman, Scarff, Kalinowsky, Hutton) insistent sur l'importance de la personnalité avant la maldie.

a) les troubles graves du caractère

Brousseau a été amené à utiliser la chirurgie dans les troubles anciens et graves du caractère chez les délinquants en raison des anomalies électro-encéphalographiques découvertes par Clark et Tayler chez les criminels.

Cet auteur pense avec Puech, qu'il faut souligner la profonde résonnance affective qui est parfois à la base de l'inadaptibilité sociale.

Rylander conclut qu'il n'y a pas de raison, pour que des individus qui sont devenus associaux en raison d'anomalies émotionnelles ne puissent être aidés par la psychochirurgie au même titre que des sujets présentant ces mêmes anomalies sans que celles-ci leur aient fait commettre des actes associaux.
L'auteur souligne l'importance de la sélection dans ces cas.

Parmi les patients d'Hirose, il y a toute la catégorie des "délinquants mentalement anormaux".
Celui-ci conclut : "Une remarquable amélioration a été observée chez les délinquants violents. Cependant certains des traits de leur personnalité comme la paresse, l'irresponsabilité, leur toxicomanie, leur tendance criminelle au vol et leur insensibilité, leur incapacité à se sentir coupable ou à tirer une leçon de leur punition, n'ont pas été supprimés par l'opération".

Enfin, actuellement l'école allemande (Hassler et Dieckmann) s'intéresse beaucoup aux "délinquants sexuels".

> Par contre, la majorité des auteurs voient dans les troubles caractériels anciens : tendances agressives, perversité, amoralité, toxicomanie, des contre-indications importantes.

Baruk écrit : "On a proposé et essayé la psychochirurgie contre les troubles caractériels et la délinquance, contrairement à toutes les données physiologiques qui ont montré la fréquente apparition de troubles moraux et de délinquance chez les blessés ou les porteurs de lésions des lobes frontaux.

L'expérience a confirmé les tristes résultats de ces essais : après une période de latence de 4 à 6 mois, on note une aggravation des troubles du contrôle, perturbation du sens moral et surtout un étouffement de l'intervention des réactions affectives indispensables comme frein de certains actes criminologiques. La séparation de la raison et de l'affectivité, recherchée par certains promoteurs de la psychochirurgie, peut aboutir à des résultats monstrueux semblables à ceux observés dans la plus terrible et plus criminogène des maladies mentales, l'hébéphrénie délirante".

Scoville désapprouve également l'utilisation des techniques psychochirurgicales pour le traitement des délinquants : "le patient doit éprouver une souffrance aigüe et un désir intense d'aller mieux et de conserver l'intégrité de sa personnalité. La majorité des criminels et des psychopathes constitutionnellement ou génétiquement, manquent de ces caractéristiques, et des ablations chirurgicales les rendent pires plutôt que meilleurs. Pour cette raison, je suis alarmé par le courant actuel de questions qui nous sont posées à la fois par les politiciens et les journalistes pour savoir si la chirurgie pourra profiter aux criminels, aux rebelles et aux désaxés sociaux. La chirurgie mentale ne restaurera jamais la conscience sociale, les défauts de caractère ou les fixations sexuelles infantiles. C'est l'affaire de la thérapie génétique, métabollique et environnante".

b) La débilité mentale, l'affaiblissement intellectuel progressif sont des facteurs restrictifs, voire même pour certains des contre-indications formelles

Certains neurochirurgiens font précéder la lobotomie d'une encéphalographie gazeuse en vue de préciser l'atrophie cérébrale corticale ou sous-corticale. L'atrophie pouvant constituer une contre-indication opératoire (M. Feld).

Donc, malgré la discordance des résultats, et surtout contre l'avis général, actuellement certains opèrent. Mais là aussi il s'agit d'une catégorie de personnes, particulière.., les prisonniers, les délinquants, les débiles. Quelle est leur libre volonté ?

4- Les femmes, les nègres, et les gens simples...

On hésite plus souvent à opérer les hommes que les femmes, parce que dans l'ensemble, ils ont "de plus hautes responsabilités" et que les résultats de la lobotomie sont plus favorables chez les femmes.

- Freeman et Watts préfèrent opérer les femmes parce qu'elles peuvent se réadapter très vite aux occupations ménagères qui ne demandent pas des facultés intellectuelles très développées.
Ce sont les patientes favorites de Freeman ; il l'écrit d'ailleurs à plusieurs reprises dans son livre et y revient dans ses articles et ses conférences. Il dresse même la liste de ses meilleurs patients : "tout d'abord les plus âgés, ensuite les femmes plutôt que les hommes, en troisième lieu, les nègres (Negroes) et parmi eux particulièrement les négresses (particulary negro females). Enfin ceux qui ont les occupations les plus simples".

- N. Guillou (thèse Rennes 1963) précise "La rééducation de la femme est moins difficile, elle s'accommode davantage de ses conditions matérielles ; la vie dans un service de femmes comporte la participation aux travaux ménagers, à des activités de couture, de tricot, dont l'automatisme peut être rapidement acquis et qui peuvent être continués dans le milieu familial à la sortie".

- A. Bijot (thèse Paris 1951) précise : "Plus d'un an après l'intervention, l'état de la malade semble stabilisé dans un état déficitaire certes, mais avec une adaptation convenable au milieu".

C'est donc bien reconnaitre qu'il y a détérioration, mais qu'importe, vu la clientèle... (car là encore les critères de choix sont significatifs). Le tout c'est d'être conforme à ce que l'on attend d'eux.

Avertissement supplémentaire "de la femme potiche et de la femme bonniche" de Claude Alzon.

./.

Quant aux nègres, on s'en est toujours pris à eux. Quand le prix du coton baissait, ruinant les petits blancs, ceux-ci ne pouvant agresser les lointains financiers responsables de la fixation des cours, se retournaient contre le seul substitut inoffensif à leur portée : les Noirs, et les lynchaient sous des prétextes les plus variés. Ainsi, statistiquement étroite, à une certaine époque, entre le nombre de Noirs lynchés par an et le prix du coton.
Là encore il s'agit de la dérivation de l'agressivité sur quelque chose de moins dangereux, contre un substitut plus inoffensif.

5- Rééducation post-opératoire
Rôle de l'entourage
Le milieu familial

Selon Talairach, la rééducation post-opératoire est apparue à tous les auteurs comme une condition importante de succès. "L'intervention doit intervenir en milieu chirurgical pour de multiples raisons de sécurité, mais le retour du malade dans le milieu psychiatrique où il se trouvait antérieurement doit se faire dès la fin de la phase post-opératoire afin qu'il soit repris en main par le psychiatre et l'équipe médicale (au sens le plus large) qui le suivait préalablement à l'intervention et qui connaissait ses modes de réaction, et à laquelle, somme toute, il était lui-même habitué".

L'ensemble du personnel qui assume la post-cure doit donc connaitre le malade et son évolution antérieure.

Le Beau insiste sur la nécessité "d'exciter l'attention et l'intérêt du malade, soit dans des travaux personnels, soit dans des travaux exécutés en groupe" afin de lutter contre ce qu'il appelle la "personnalité post-opératoire" du lobotomisé faite le plus fréquemment d'inertie, d'indifférence affective, avec baisse de l'initiative.
"C'est au prix de cet ensemble de précautions, que le malade pourra restructurer une personnalité qui, sans cela, risquerait de rester inadaptée".

Tous les auteurs s'accordent pour reconnaitre l'importance du milieu familial dans la survenue et le maintien de la guérison. Freeman a tendance à contre-indiquer l'intervention lorsque le milieu familial est défavorable.

Pour notre part, il nous semble que si l'on inversait, et si toutes ces actions étaient faites avant et non après l'intervention, on ne penserait pas à rejeter le malade au psychochirurgien.

B) - Les motifs invoqués pour tenter de justifier l'intervention psychochirurgicale

1 - L'incurabilité

2 - L'échec des autres thérapeutiques

3 - Le refus d'un placement asilaire - l'attitude des parents

4 - La suppression "du symptôme gênant"

1 - Les incurables

- On n'a pas en psychiatrie , dans la plupart des cas, de critères pour conclure à l'incurabilité d'une psychose. Quant à la personnalité pathologique des psychoses, on sait qu'elle ne doit pas être considérée du point de vue statique, mais dynamique. Même au cours de déchéance d'apparence grave, dans certaines psychoses, la personnalité n'est pas détruite, mais placée en sommeil, qu'à tout moment elle est susceptible de se réveiller et de reprendre ses possibilités. Même au cours de ce sommeil et de cet anéantissement apparent, il persiste souvent une personnalité profonde qui momentanément n'a pas la possibilité de s'exprimer, mais qui sent souvent, et souffre, bien que privée de sa synthèse, elle reste passive, jusqu'au jour où se rétablissent son unité et son pouvoir d'action. Ainsi s'expliquent les résurrections tardives, même dans les états schizophréniques, résurrections que les progrès de la pharmacologie, et des diverses thérapeutiques psycho et socio-thérapiques semblent rendre plus fréquentes.

Le développement de ces progrès est donc plus utile que des thérapeutiques mutilatrices de désespoir

- De plus, dans un contexte relationnel que signifie ce terme d'enfant "irrécupérable" ?

Enfant "irrécupérable"

M. Mannoni montre comment dans beaucoup de psychoses infantiles, éclate une causalité relationnelle, familiale et sociale, renforcée par toute une fantasmatique liée aux institutions médicales, médico-pédagogiques et même pédagogiques, fondamentalement psychosantes parce que ségrégatives et rejetantes pour l'enfant.
Elle rapporte entre autre le cas d'Emilie, 6 ans, "enfant symptôme" d'un "espace psychotique" créé par la famille et les institutions réunies. L'encéphalopathie organique de l'enfant ne fait aucun doute, mais savoir si elle est déterminante à elle seule ?
Pour la mère, c'est le type même de l'enfant déchet, rendu à sa famille comme tel parce que nul ne peut rien en ESPERER.

./.

Les parents souscrivent à ce "verdict" désespéré.
"On dirait que vous êtes persuadés que l'enfant n'a pas le droit de vivre" ose dire M. Mannoni.
L'entretien montre que, dans la fantasmatique de la mère, qui n'en a pas "terminé avec le deuil du père", l'enfant n'a pas d'autre place que mort.

M. Mannoni soupçonne cette femme d'avoir "tiré les ficelles d'un jeu qui les a tous vite dépassés" y compris les MEDECINS qui ont tous été "neutralisés" par sa demande et y ont répondu en déclarant l'enfant INCURABLE. Ainsi a-t-elle toujours trouvé dans le réel la confirmation de ses fantasmes mortifères pour tous.

Ainsi se perpétue l'espace psychotique des familles, et que seule, une psychothérapie s'adressant à tous, arrivera à modifier. La relation narcissique et immature que ces êtres entretiennent entre eux et avec la réalité se traduit par une ambivalence psychosante pour l'enfant-symbole d'une vie et d'une mort entre lesquelles nul n'a encore choisi - et quelle attitude prendre sinon celle d'une ambivalence fondamentale entre agression et séduction ?

2 - L'échec des autres thérapeutiques

- Surtout celui des thérapeutiques de choc électrique, n'a pas plus de valeur.
En effet si dans certains cas, chez les adultes, les chocs paraissent écourter certains accès surtout mélancoliques, ces méthodes ne guérissent pas la maladie, mais souvent facilitent le RETOUR des ACCES, DIMINUENT la PROPORTION des GUERISONS plus TARDIVES, comme l'ont montré Daumezon, Denis et Guyotat.

Du reste ces méthodes sont en nette régression et sont de plus peu employées chez les enfants.

L'électrochoc a été très employé par Bender. Il permettrait selon elle, une stimulation de la maturation biologique, un modelage de la plasticité embryonnaire primitive, une mobilisation de l'anxiété chez l'enfant inhibé, une diminution de cette anxiété chez les autres.

En réalité peu de praticiens ont suivi son exemple.

- Pour B. Bettelheim le pessimisme quant aux possibilités thérapeutiques de l'autisme est injustifié et doit être attribué au fait que "trop peu d'efforts thérapeutiques ont été assez intensifs et surtout poursuivis pendant un nombre suffisant d'années".

On peut citer des observations de sujets qui devaient subir la psychochirurgie comme mesure ultime devant un pronostic désespéré, et qui ont été améliorés, du jour où le médecin et l'équipe soignante se sont consacrés avec énergie et patience, à une thérapeutique biologique psycho et socio-thérapique.

Ainsi la perspective psychochirurgicale risque de décourager les efforts aussi bien les efforts individuels du médecin en vue de la thérapeutique, que les efforts sociaux en vue de l'amélioration si capitale de l'assistance aux malades mentaux. Elle constitue une voie de facilité qui détourne les médecins des efforts thérapeutiques utiles, les familles de la patience et de l'amélioration des relations familiales, les malades de l'espoir de la guérison.

3 - Le refus d'un placement asilaire

L'attitude des parents

Le médecin est en effet toujours tenté d'introduire une explication par le dysfonctionnement d'ordre organique, habitué qu'il est au modèle médical, et selon sa propre problématique, mais aussi parce qu'il y est poussé par les parents.

D'après M. Mannoni, dans presque tous les cas, les pères ne se sentent pas le droit d'être traités en interlocuteurs valables. Et quand par exception le père se sent concerné, il n'est pas rare qu'il réagisse par des épisodes dépressifs ou persécutifs. Si le père est abattu, résigné, aveugle ou inconscient du véritable drame qui se joue, la mère, elle, est le plus souvent terriblement lucide. Mais elle souhaite obscurément que sa question ne reçoive jamais de réponse pour qu'elle puisse continuer à la poser. Mais il lui faut la force de continuer, et c'est cela qu'elle vient demander. Un des drames des mères d'anormaux étant selon elles, leur solitude hantée de fantasmes dont elles ne peuvent parler.

Répondre uniquement sur le plan organique, aux parents, c'est peut-être les déculpabiliser, mais est-ce les aider véritablement dans l'approche de leur enfant ? N'est-ce pas plutôt une défense confortable ? "Le non-dit" souvent pressenti par les parents se sentent beaucoup plus exclus et abandonnés que lorsqu'on les invite à se remettre en cause et à réfléchir sur ce qui se passe entre leur enfant et eux. Ils ne nous ont pas attendus pour comprendre que sans être bien sûr totalement responsables de ce qui se passe, ils jouaient un rôle positif ou négatif, selon les cas, dans l'évolution de l'enfant. Ils nous demandent de les aider à critiquer le négatif et à renforcer le positif".

S'en tenir à une explication strictement organique, c'est refuser à ces parents, l'espoir d'une amélioration, et c'est également nier tout le travail qu'il sera nécessaire de faire avec eux, lors de la cure de leur enfant. Le problème sera donc traité par un spécialiste, tout comme une appendicite, et ils ne seront en rien impliqués dans la thérapie de leur enfant.

Comment peut évoluer l'enfant arriéré dans une telle perspective ?

./.

On insiste actuellement sur la nécessité d'un milieu coopératif, facteur de succès de la psychochirurgie, mais le succès ne serait-il pas plus grand, sans cette mutilation, au lieu d'un succès, peut-être pourrait-on alors parler d'une guérison?

Refus d'un placement asilaire ? Mais n'est-ce pas plutôt la crainte de se voir réprouver, pour un placement que la famille désire mais n'ose pas décider ?

Enfin certains parents refusent l'évidence, et attendent un miracle... que parfois on leur propose, et c'est l'intervention psychochirurgicale.
Pour certains, l'asile était le dernier maillon de l'escalade thérapeutique, le lieu à éviter à tout prix,la ségrégation extrême.
Sans vouloir défendre à tout prix l'institution psychiatrique qui a encore bien à évoluer, le monde "d'orange mécanique" c'est là, quand ces enfants ont recontré une véritable équipe psychiatrique, des relations humaines satisfaisantes, et surtout la tolérance, qu'ils ont pu pour certains obtenir une amélioration de leur triste sort.

Pour nous, nous pensions que c'est grâce au développement de ces techniques (prévention et cure à thérapie multiple) que nous aurons un pronostic moins sombre quant au devenir de ces "arriérés", quand l'asile, ou toute autre institution ne sera plus, et ne sera pas considéré comme un lieu de ségrégation,mais un lieu de vie.

4- La suppression du "symptôme gênant"

Sa signification

Le comportement

Donnons la parole à P. Coquet : (thèse 1957)
"D'une façon générale, le problème de l'explication des troubles du comportement chez l'enfant est plus ardu que chez l'adulte. La séméiologie psychotique traditionnelle basée sur l'interrogatoire du malade est ici en défaut. Le contact tel qu'on l'obtient avec l'adulte est irralisable. L'enfant n'éprouve pas le besoin de parler de ses problèmes qu'il subit sans en avoir la conscience claire. S'il en a une connaissance partielle, le vocabulaire lui manque pour extérioriser ses états d'âme. Les tests de projection peuvent alors apporter des éclaircissements parfois irremplaçables. Mais ceux-ci sont inapplicables aux arriérés. Le comportement de ces derniers parait n'avoir aucun sens, il n'a aucune continuité, il est fait de la juxtaposition dans le temps d'une suite d'états psychomoteurs. Les difficultés que l'on rencontre dans la compréhension du comportement de l'enfant normal sont ici accrues. La composante psychique de ces états excito-moteurs est difficilement accessible. On se trouve donc dans des conditions différentes de celles que l'on constate en psychiatrie adulte. Le comportement du malade a alors une continuité, un sens, une signification, il est sous-entendu par un délire. Autre différence importante, le cerveau des arriérés profonds est le plus souvent détérioré et porteur de lésions macroscopiques importantes, à l'encontre de ce que l'on constate chez le malade mental adulte".

Pour notre part, nous sommes en complet désaccord avec cet auteur.

Pour nous, le comportement a un sens, qui certes nous est bien souvent difficile à saisir. Un symptôme a valeur de langage, quel qu'il soit. Nous savons l'importance de la communication non verbale.

Ne nous parle-t-il pas cet arriéré qui s'automutile ? Ou n'est-ce pas plutôt parce qu'il nous questionne au plus profond de nous-mêmes, que nous ne voulons pas entendre, que nous nions même à son discours le droit d'exister, tout comme nous le refusons à cet enfant.

Le nouveau-né dialogue d'abord corps à corps avec sa mère avant de pouvoir dialoguer avec elle de mot à mot, tout comme l'enfant qui a régressé ou s'est fixé au stade où les pulsions manquent de différenciation, ce qui explique la difficulté qu'a l'observateur à comprendre les intentions de l'enfant (M. Malher).

./.

De plus, ces symptômes sont gênants (l'inertie est toujours plus facilement supportée que l'agitation) mais pour qui ? Bettelheim parlant de Marcia précise bien que si on avait empêché ce comportement difficilement supportable (inonder les parquets), celle-ci aurait cessé probablement de jouer avec l'eau, et se serait repliée sur elle-même.

L'ambiguïté du rôle thérapeutique en psychiatrie se révèle ainsi et prend toute son importance. Il ne s'agit plus de guérir un symptôme en le supprimant tout simplement, mais de reconnaitre la valeur du langage du symptôme.

En disant psychiatre, nous voulons dire psychiatre d'adulte tout comme psychaitre d'enfant, la façon d'aborder les problèmes étant la même, bien que plus difficile avec ce type d'enfant.

Il est vrai qu'en insistant sur les problèmes organiques comme le fait cet auteur, et en ramenant les troubles du comportement uniquement à une atteinte du système nerveux, on ne voit pas bien ce qu'un psychiatre viendrait faire dans une telle conception. Mais alors pourquoi parler de psychochirurgie ? Le terme de neurochirurgie semblerait mieux appliqué.

VII- LA PSYCHOCHIRURGIE

SES IMPLICATIONS SOCIALES - POLITIQUES - PHILOSOPHIQUES

"Traitement neurochirurgical du comportement anormal"
Le terme anormal est ainsi défini "comme déviant de la normale ou de la moyenne".

La norme est un "principe d'action juste, réunissant les membres d'un groupe et destiné à guider, contrôler ou régler un comportement convenable et acceptable".

Les symptômes qui caractérisent le comportement anormal sont "la tension émotionnelle, l'anxiété, l'agressivité, les tendances destructives, l'agitation, la distractibilité, l'attaque, les tendances suicidaires, la nervosité, les oscillations d'humeur, la rage brutale, le négativisme, la combativité et les émotions explosives.

Ces symptômes ou tendances variées contribuent à une mauvaise adaptation sociale, pour laquelle la Société demande une correction ou un contrôle appropriés.

L'objectif neurochirurgical dans le triatement des désordres du comportement a été d'employer la plus petite lésion pour atteindre le résultat le plus bénéfique pour la plus longue période de temps avec un minimum de déficit".

Je pense que la chirurgie du comportement intéresse toute la société. Voici ce qu'il écrit : "A qui la psychochirurgie est-elle destinée ? Les problèmes de comportement qui ne répondent pas de manière adéquate, ni aux méthodes médicales, psychologiques ou sociologiques, devraient être traités par psychochirurgie, à condition que la probabilité d'amélioration dépasse les risques.

Cela devrait être pratiqué sur des patients qui sont un danger pour eux et pour la société.

Cela devrait être utilisé pour des raisons de gardiennage lorsqu'un patient demande une attention et une surveillance constantes et une quantité excessive de soins institutionnels.

La psychochirurgie devrait être utilisée lorsque les patients ont besoin de tant de médicaments que cela les rend insensibles et non communicatifs".

Enfin, on sait qu'il la préconise chez "les adolescents et chez ceux qui relèvent de la pédiatrie, etc...".

./.

Mark et Ervin, dans leur livre intitulé "Violence and the Brain" (la violence et le cerveau) suggèrent que la psychochirurgie est la solution au problème de la violence "inacceptable" dans les pénitenciers.

On connait également leur conception des grèves et des troubles raciaux, et l'emploi de la psychochirurgie, pour les solutionner.

On ne s'étonne pas qu'ils ont été l'objet de la prévenance officielle en recevant la somme de 108 930 dollars sous forme de subvention de la division de l'Assistance du département de la Justice.

Lors de la conférence sur les "bases nerveuses de l'agression" qui a eu lieu au Texas en 1972, les propositions des Docteurs Sweet, Mark et Ervin - psychochirurgiens - ont recueilli non seulement l'attention mais l'admiration ouverte de leurs collègues. Ces propositions visaient à coaguler le lobe frontal des prisonniers"agressifs" c'est-à-dire essentiellement noirs ou indiens.

Le système pénal de l'état de Californie a étudié un projet tendant à l'utilisation de la "psychochirurgie" aux fins de gouverner plus facilement - et plus économiquement - une population pénitentiaire accrue.

Le gouvernement fédéral américain a pour projet l'établissement d'un "centre de recherches sur le comportement" dans la ville de Runter (Caroline du Nord).

Les programmes du centre accepteront tout spécialement des groupes de prisonniers sélectionnés venus d'autres prisons sous son administration, en vue de développer de nouveaux mécanismes visant à corriger les diverses catégories "d'offenseurs" à qui les programmes de correction traditionnelle ne conviennent pas. Sont englobés dans le rapport "les patients" "dits" criminels alcooliques, groupes minoritaires, prissoniers sexuellement agressifs et très violents".

L'administration pénale projette donc de fournir aux psychochirurgiens, des groupes "sélectionnés" de prisonniers afin qu'ils puissent expérimenter leurs dernies ustensiles électroniques. On ne parle même plus de "volontaires" !... Les prisonniers en sortirent avec des capacités mentales et émotionnelles substantiellement rognées.

Il est impossible de ne pas évoquer les pratiques expérimentales qui entachèrent l'histoire de la médecine sous le régime nazzi.

Les statistiques montrent que 20 % de la population nord-américaine est faite de groupes marginaux et de minorités opprimées et que c'est de ceux-ci que proviennent plus de 50 % de sa population pénitentiaire.

./.

Le projet fédéral pour la recherche "d'alternative à l'incarcération" (terme employé par le gouvernement Nixon dans la loi budgétaire) montre que sa préoccupation essentielle se porte sur les "offenseurs" qui représentent un problème administratif, ainsi que sur ceux que le programme de correction traditionnelle ne parvient pas à guérir.

On tente ainsi qubtilement de résoudre le problème embarrassant, qu'ont représenté au cours des années récentes, les prisonniers politiques, les minorités ethniques, sexuelles et contre-culturelles (hippies).

On comprend les regards bienveillants portés par la psychochirurgie, discipline "scientifique" et pratique professionnelle qui permet d'expliquer les "problèmes administratifs" et sociaux par quelque "dysfontion" cérébrale !

La norme - Le conformisme -

. M. MANNONI a eu l'idée d'aller lire les ouvrages de pédagogie médicale publiés par le très respecté Professeur Schreber, le père du président analysé par Freud.

Nul à l'époque n'aurait songé à en faire un psychosé lui-même paranoïaque, parce qu'il l'était de manière parfaitement conformiste et respectable, lui qui était la réussite sociale incarnée de par ses nombreux ouvrages d'anatomie, physiologie, hygiène.
On peut se demander comment un homme aussi remarquable a pu avoir deux fils, dont l'un s'est suicidé, et l'autre est devenu le paranoïaque que l'on sait ? Mais en lisant les principes de l'éducation terroriste du père Schreber, on comprend mieux.

. A travers une série d'études faites par Dicks sur un certain nombre de criminels de guerre notoires, dont Rudolf Hess, on aperçoit, au-delà de chaque histoire individuelle, une "personnalité de base" stéréotypée et qui fut celle de toute la société wilhelmienne dominée par le Kaisser et l'autorité militaire des pères.

Partout ce même idéal de "virilité dure au dedans" ("soyez durs" disait Nietsche) et de "conformisme déférent" au dehors, c'est-à-dire à l'égard des chefs dont les éducateurs ne sont que les dépositaires de l'autorité.

Modèle culturel sado-masochiste et que Lorenz nomme "effet bicyclette" chacun bombant passivement le dos sous les coups du chef, pour mieux appuyer sur les pédales, au dessous.

Schémas culturels qui se retrouvaient dans les institutions politiques, religieuses, familiales, la théologie même que le grans Reich n'eut pas de mal à annexer dans le fameux "Gott mit uns". Certes, cela ne suffisait pas à transformer la société en une énorme machine à tuer, il fallait en plus l'interférence de certaines circonstances historiques et de certaines aventures individuelles, mais il n'empêche que "cette personnalité de base" qui retarde indéfiniment la naissance d'une personnalité autonome (autonomos : se donner à soi-même sa propre loi et ses propres régulations, conjointement avec la liberté d'autrui) a largement favorisé la création d'institutions dont la dynamique contribua à son tour à transformer les hommes en robots obéissants, soit pour "transmettre" les ordres criminels, soit pour accomplir la répugnante besogne dont ils n'avaient cure, puisqu'ils n'en avaient pas l'initiative. Dans une telle situation tous étaient devenus "masochistes", seuls les vrais criminels de guerre continuaient d'être à la fois sadiques et masochistes, comme des enfants en position paranoïde.

./.

Dans son portrait-type du criminel nazi, il a montré, qu'ils étaient les plus normaux des hommes, les plus conformes au modèle standard de l'homme moyen.

Il semble qu'il y ait eu chez ces sujets, non pas seulement un développement exagéré de "cette enclave meurtrière" que nous portons tous depuis l'enfance, mais un type d'éducation, où se mèlent le goût de la discipline de fer, de l'obéissance jusqu'à la mort, la folie des grandeurs, l'exaltation de la brutalité virile et le conformisme prussien.

Chez tous ces hommes livrés à l'ennui d'un travail sans joie, à l'angoisse du chômage renouvelant les peurs infantiles s'agitant périodiquement dans d'excitantes batailles de rue, il y eut souvent l'équivalent d'une rencontre de la sécurité absolue dans le groupe et la prise en charge par le chef. Désormais ils n'auraient plus à choisir, ils suivraient, les désirs du chef. Hommes sans nom, ni qualités individuelles, toujours prêts à réaliser dans quelque domaine que ce soit le schéma omnipotence - soumission abjecte - tragédie des passions haineuses, tragédie de l'obéissance, tragédie de la peur et du besoin de dépendance et d'irresponsabilité infantile, perpétué par un système d'éducation brutale et autoritaire.

Les observations de Dicks, rejoignent les intuitions de Bettelheim, ainsi que les expériences de Milgram et le roman de Moravia sur le "conformiste" obéissant, anxieux de prouver sa "normalité" en toute circonstance justement parce que l'affleurement de certaines fixations infantiles (paranoïades et homosexuelles) pourrait en faire douter.

. Pour Henri LABORIT, la caractéristique fondamentale de l'homme c'est l'imagination créatrice.

La création affirme une structure nouvelle, non conforme, anxiogène. Elle ne peut donc être immédiatement admise par le groupe humain, la société de l'époque où elle est exprimée. Elle est contraire aux hiérarchies qui établissent les dominances sur un acquis accepté, conforme, non anxiogène, utile au maintien de la structure du groupe.

La motivation du créateur ne peut être aliméntée que par l'angoisse existentielle, celle de la mort, toile de fond obscure de toute vie humaine?

Etre le premier à découvrir un aspect inconnu du monde est une motivation qui relève du narcissisme congénital, du besoin d'être aimé et admiré qui guide tout créateur. Et ce n'est que s'il persévère en l'absence de cette gratification que la suspicion devient moins grande et que sa motivation risque d'être fondamentale. Mais alors il s'enferme dans le système clos de son imaginaire, et malgré l'acquiescement du contrôle expérimental, on comprend le peu d'espace qui sépare l'agressif, le révolté, le drogué, le psychotique, du créateur artistique ou scientifique.

./.

Il conclut en disant : "Aussi faut-il ressentir beaucoup de pitié, pour tous ces châtrés de l'imaginaire qui déversent leur rancune, leur rogne, et leur grogne, contre le marginal qui déambule en promenant son rêve dans les jardins fleuris où nulle roseraie ne passe. S'ils vitupèrent, s'ils méprisent, ou s'ils font semblant d'ignorer, n'est-ce pas parce qu'ils ont vaguement conscience de leur impuissance ?"

La nouvelle vague "psychochirurgicale" n'a d'autre but, que d'aider cette société psychosée à se pérenniser, en visant à faire de l'homme un simple rouage, un robot, tout comme le système éducatif, ou les méthodes "skinnériennes".

Les "bons" résultats selon eux c'est l'obtention d'enfants sages, dociles, maniables, conforme aux désirs des parents, des institutions, de la société...

En son temps, le Professeur Schreber, préconisait le "Schrebersche gerade halter" (système de contention). Actuellement on dispose de tout un tas de gadgets plus perfectionnés ... (par exemple : la dénommée Errorless Extinction of Penile Responses, "cure" pour minorité sexuelle, consiste à "brancher" le pénis du "patient" et à envoyer des secousses électriques s'il répond par une érection à la vue de photographies de nus masculins !)

L'enfant étant mauvais de nature, il faut le soumettre à un dressage moral et physique, disait Schreber père, leçon que les disciples de Skinner n'ont pas manqué de retenir. Et un peu plus loin, il faut "supprimer le désir pour ne laisser subsister que des automatismes". "Véritable perversion de la demande d'amour" commente M. Mannoni chez des enfants qui ne pouvaient être tolérés, qu'au prix de n'être pas" et de laisser leur désir gouverné par le père.

Pour G. DELEUZE, si le schizophrène détruit et se détruit en se repliant sur des positions de dissociation infantile, c'est parce qu'il a été contraint par un <u>monde inflexible</u> et qui a commencé par <u>vouloir sa mort</u> comme être doué de <u>désirs propres</u>.

Certes, la plupart des enfants ont, selon M. Klein, vecu cet état de détresse et de mise à mort en se défendant par une fantasmatique de dissociation du monde et de soi, mais ils ont fini par en sortir, à chaque fois qu'ils ont pu se prouver à eux-mêmes, qu'ils pouvaient quelque chose sur ce monde. Le psychotique au contraire a vécu ce monde comme inflexible et il répète indéfiniment dans ses fantasmes "le verdict" implacable que les personnes et les gens ont porté contre lui.

./.

On voit comment la psychochirurgie s'insère dans un tel schéma et que ce que l'on appelle succès, bon résultat, c'est celui des autres, mais pas de l'enfant qui est nié en tant qu'individu, doué de désirs propres.
Cette négation de l'individu, est du reste clairement indiqué dans les propos de Delgado. Mais laissons-lui la parole :

"... L'individu peut penser que le fait le plus important de la réalité est sa propre existence, mais c'est là seulement son point de vue personnel, un cadre de référence relatif, qui n'est pas partagé par le monde vivant alentour. Cette auto-importance manque également de perspective historique car la brève existence d'un être doit être considérée par rapport à l'humanité entière, au genre humain et à l'univers dans son entier".

Avec de tels raisonnements, pourquoi le psychochirurgien hésiterait-il ? Ne s'agit-il pas simplement d'un "individu" à replacer dans le contexte de l'humanité entière, de l'univers dans son entier ?

Tout ceci n'est en fait rien d'autre qu'une euthanasie, euthanasie "partielle".

Interrogé sur la psychochirurgie, le Professeur Mazars parle de l'euthanasie..." le droit de mourir serait la prochaine conquête de l'homme..."
"Les individus qui ne seront jamais que des plantes, c'est-à-dire de grands idiots, de grands arriérés, de grands infirmes psychomoteurs..."

Elle a eu de la chance, "avec ses épines", "la rose" du petit prince, que celui-ci ne rencontre pas un Professeur Mazars, mais un renard : "les hommes ont oublié cette vérité dit le renard, mais tu ne dois pas l'oublier. Tu deviens responsable pour toujours de ce que tu as apprivoisé. Tu es responsable de ta rose..."

Mais justement la psychochirurgie, le dogme de l'organicité, les méthodes skinériennes, ... ont pour fonction de décharger notre responsabilité individuelle et collective.

Tout cela ne va pas sans culpabilité, et c'est pourquoi la meilleure absolution est cette absolution professionnelle : course folle à l'élaboration de techniques qui permettent d'utiliser des contraintes tyranniques sous des formes incroyablement efficaces et impersonnelles.

Il est curieux de voir combien les défenseurs de la nouvelle vague psychochirurgicale font référence au IIIème Reich... pour s'en défendre.

./.

Et ce sont les grands mythes, de l'humanité, du progrès, de la civilisation, qui sont brandis...

L'objectif de Delgado est clair, il n'est rien de moins que le contrôle physique d'autrui, pour le progrès de ce qu'il appelle lui la civilisation.

Il préconise même la mise en place d'agences nationales "qui coordonneraient les plans, les budgets, et les actions de la même façon que la NASA aux Etats-Unis a orienté l'intérêt public et la technologie, lançant ainsi le pays dans les aventures et les réalisations de l'espace...

Mais dans quelle aventure risque-t-on d'être lancé ? Dans un monde où la Sainte Inquisition "correctionnelle" "réhabilatrice", et ses prêtres pontifient et mortifient au nom de la "Science" ceux qui s'éloignent ou mettent en question l'univers normatif des détenteurs des instances politiques et économiques. Monde qui utilise le dogme et les thérapeutiques "skinnériennes" pour modifier le comportement tout comme jadis, l'inquisition utilisait un dogme théologique et la torture pour "sauver" l'âme des hérétiques.

Liberté et dignité humaines sont des fétiches du passé dit Skinner. Les notions de responaabilité individuelle et de liberté individuelle sont de plus en plus grignotées.

Mais ces excès mêmes, ont créé une dissidence qui s'est transformée en résistance, puis en opposition totale.

Une vérité traumatisante pour cette société est énoncée son échec en tant qu'entreprise historique et projet humain. D'où la suspicion et la crainte qui s'installent chez elle, rendant compte du renforcement de crtaines pratiques, dont la psychochirurgie.

"La dimension et le pouvoir des services de sécurité intérieur sont directement proportionnels à la suspicion et la crainte de la clique dominante" Allen Dulles (la force de l'Intelligence).

"Plus la république se corrompt, plus ses lois se multiplient" Tacite (Annales)

Les encouragements officiels à l'organisation systématique de la destruction (ou de la manipulation électrique) de tissu cérébral sain, montrent à quel point l'anti-humanisme est actuellement incrusté.

"Les opérations du cerveau destinées à modifier le comportement des patients, peuvent être utiles et ne doivent pas être abandonnées" estime la commission gouvernementale américaine d'enquête (Le Monde 17-18 octobre 1976).

./.

"Les risques ne sont pas du tout aussi grands qu'on le croyait jusqu'ici. Ces risques, y compris celui de rendre le patient à une vie végétative, peuvent, en certains cas, être moins grands que ceux de traitements prolongés aux tranquilisants ou aux électrochocs".

Les traitements mis en balance avec la psychochirurgie sont très significatifs. Il est vrai que les autres demandent du temps, de l'argent, et des qualités humaines !...
Ce que veut justement éviter la psychochirurgie.

La psychochirurgie n'a pas comme but, la désaliénation mais l'aliénation. Son but, c'est l'étouffement des symptômes, c'est d'occulter un discours.

La lobotomie avait déjà avant tout une fonction policière dans l'asile. Bruckhard, Moniz, Freeman avaient commencé par opérer les grands agités agressifs et ce sera pendant des années le symptôme sur lequel les psychiatres n'hésiteront pas à envoyer le patient au chirurgien.

Alain Jaubert cite le cas d'un malade agité et ergoteur à qui l'on aurait dit : "si tu continues comme ça, on va te faire lobotomiser". Il précise également qu'à Henri Collin et à Sarreguemines, la menace serait couramment employée avec les intéressés récalcitrants.

A l'asile, on dit "on va t'envoyer à Sarreguemines" !...

Toujours le même rejet, la même intolérance... mais l'emploi d'une pratique plus dangereuse, pour l'individu et le groupe social. Problèmes sociaux, économiques et politiques adduction à la drogue, alcoolisme, homosexualité, dépression des personnes âgées, sont "traités" par psychochirurgie.

"Nous sommes en train de créer une Société, où ceux qui dévient de la norme courent le risque d'une mutilation cérébrale" (P. Breggin).

Peut-on envisager qu'un jour un dictateur sans scrupules s'installe devant un émetteur central de radio pour stimuler en profondeur les cerveaux d'une foule de gens asservis, sans espoir ? Ces craintes sont-elles injustifiées, et cette éventualité n'est-elle qu'un thème de science - fiction ?

"L'homme terminal" de Michael Crickton donne-t-il un avertissement avant qu'il ne soit trop tard ?

Bettelheim parle d'un certain nombre d'erreurs existentielles que l'homme moderne continue à commettre en refusant de croire assez fortement à sa propre mise à mort, et

./.

à la férocité humaine, bien plus fortement camouflées, malgré leur évidence, que toutes les formes de perversité sexuelle.

Mais que peut-on espérer ? avons-nous plus de chance avec le libéralisme ? Le cas de Kafka est là pour nous détromper.

La poignante "lettre au père" révèle combien la communication entre deux être peut être frelatée, même à l'intérieur d'un système libéral en apparence, lorsque ce système fonctionne contradictoirement à l'intérieur d'institutions elles-mêmes autoritaires et ségrégationnistes.

Les causes de ce malheur, Kafka en a conscience, quand il reproche à son père une attitude ambigüe que Batson et Cooper appellent "Double-Bind" et qui consiste à ne donner aux enfants que les initiatives qui vont dans le sens du désir de père, à ne "donner" (ou prêter) la parole que lorsqu'elle confirme le discours du père et s'y loge ; à ne donner l'amour que si l'enfant le rend sous forme d'un devoir à donner la liberté au lieu de le laisser agir lui quand l'enfant en a réellement envie.

Le bonheur d'être libre, ne doit pas aller avec l'angoisse d'être abandonné. La joie d'avoir enfin la parole ne doit pas être terni par la culpabilité vague de celui qui n'apprécie pas comme il le "devrait" ce qu'il aurait voulu prendre sans qu'on le lui impose comme un don empoisonné.

Cependant ce "Double-Bind" enfant/père libéral n'est sans doute pas suffisant à expliquer les psychoses schizophréniques, mais seulement l'ambivalence. L'éducation libérale fut dangereuse pour Kafka parce qu'elle fonctionna dans un monde d'institutions contradictoires.

"Education impossible" conclut M. Mannoni ; l'autorité conduit à la paranoïa, le faux libéralisme à la schizophrénie et à l'ambivalence face à l'amour de la vie.

Toute éducation ayant sur l'enfant des "visées missionnaires" ne peut que la détruire.
"Education, entreprise de destruction" dit-elle, en évoquant "la leçon" de Ionesco où l'on assiste au plus bel exemple de mise à mort d'un élève par un éducateur patenté.

Une relation parfaitement égalitaire et non ségrégative entre parents et enfants, enfants et sociétés, enfants entre eux, est-elle pensable ? A-t-elle les vertus curatives ou préventives de la psychose et de l'agression que les antipsychiatres lui prêtent ?

Mais les deux principes essentiels de non-ségrégation des malades ou délinquants réputés dangereux, et de non soumission à une fantasmatique de l'ordre paternaliste, médico-légal, scolaire... sont les plus difficiles à faire accepter, non seulement par les honnêtes gens terrorisés, mais parfois par le corps médical, habitué depuis trop longtemps à "administrer le désordre établi" et même par les malades eux-mêmes, marqués depuis logntemps par le "système".

La grande difficulté sera la discordance aggravée qui existera bientôt entre ces foyers égalitaristes et libertaires d'une part, et d'autre part une société qui n'est ni prête à faire sa révolution culturelle, ni à modifier sa fantasmatique paranoïaque.

La seule critique verbale est impuissante à modifier des attitudes collectives face aux relations de dominance, face à l'avenir et à la mort, trop d'hommes ayant consenti et depuis trop longtemps à confondre le gigantisme de l'ordre universel naturel et nécessaire, avec le gigantisme paranoïde de la machinerie occidentale, de sorte que, grâce à la domination des Schreber-père et la soumission des Schreber-fils "perindé ac cadaver", la pranoïa sociale porte en elle de quoi se perpétuer automatiquement.

Face à cette machinerie, il est à crain re que les micro-sociétés ultra-libérales et ultra-égalitaires, prônées par l'anti-psychiatrie au plan du discours, ne fragilisent encore plus l'individu et ne le préparent à jouer le rôle de "victime" dans le système.

Réapprendre seulement à "aimer la vie" sans limites, dans le seul but de lancer un défi à la mort est important, mais insuffisant et irréaliste dans un monde qui, dans l'ensemble, ne désire ni la vie ni la vrai liberté, mais tout au plus le libertinage immature.

Bettelheim cherche non seulement à réapprendre l'amour de la vie par la permissivité momentanée, mais surtout à CRÉER des personnes, capables de conquérir et préserver une AUTONOMI face à toutes les formes de peur, internes ou externes, face à toutes les puissances modernes d'écrasement de la personne.

Les travaux de l'anti-psychiatrie nous permettent de comprendre pourquoi, dans un monde où presque tous sont périodiquement menacés par la psychose, les uns sont voués à être victimes et les autres bourreaux ; ils ne nous disent pas concrètement comment en sortir, même après une révolution culturelle et une suppression des tabous (car il en faudra d'autres). Bettelheim montre comment quel que soit le milieu, et si permissif soit-il, la fantasmatique infantile risque de le percevoir comme une "situation

./.

extrême" si "un programme de soutien au moi", à ses puissances de contrôle et d'autonomisation par rapport à l'enfer du dedans et du dehors n'est pas organisé.

Effort de personnalisation qui commence par un apprentissage au jour le jour d'un art de "résister" à toutes les "situations extrêmes" c'est-à-dire au sentiment d'impuissance totale face à une imminente mise à mort ; situation infantile des autistiques, des frères du petit Poucet, sinon de Poucet lui-même.

Tout ceci suppose non seulement une critique sociale, mais un projet ethnique peu éloigné de la philosophie grecque étayée cependant par des observations dans la lignée de Hartmann, Redl, Winnemann.

Seule une éducation visant à développer l'autonomisation des personnes, leur prise d'initiative, le sentiment qu'une réelle combativité non conformiste donne une prise sur le monde, fera peut-être un jour sortir l'humanité de ce genre de relation victime/bourreau codée par la fantasmatique de la mort, ou de la peur de vivre.

Travail de longue haleine et auquel les parents, éducateurs, psychiatres, moralistes, ne suffisent pas, l'essentiel étant l'attention de l'individu au jour le jour à DEVENIR lui-même, face à un monde inquiétant, livré aujourd'hui comme toujours aux impulsions de la masse.

Quelle que soit l'origine de l'angoisse de Mort (qu'elle vienne des tabous sociaux, ou des insatiables exigences pulsionnelles qui cherchent spontanément à se limiter ou inventent des tabous si on ne lui en fournit pas, ou de quelqu'evenement traumatisant comme la naissance, ou peut-être le traumatisme de mort, lié à la prise de conscience de notre individualité, de son caractère irremplaçable, en même temps qu'irrémédiablement sacrifié) il faut qu'elle vienne au grand jour, par les fantasmes et, très vite par la parole vraie, seule capable de transformer l'ambivalence en courage autonome comme nous le voyons chez Bettelheim le jour où il CHOISIT DE VIVRE.

C'est parce que des milliers d'hommes ne veulent pas choisir et ruisent avec les fantasmes infantiles ou de pauvres sécurités domestiques que, le jour venu, ils n'ont plus à leur disposition que les mecanismes infantiles de défenses névrotiques ou psychotiques. Ce n'est souvent que le hasard de l'évènement qui fera d'eux des victimes ou des bourreaux aux folies complémentaires. Seul un développement complet de l'autonomie et de relations non fantasmées pourrait éviter

./.

un retour de mécanismes de défenses infantiles. Mais le risque est toujours là, car l'enfant est en nous, avec les ogres du petit Poucet.

C'est la leçon de "Guillaumet, quand il luttait au nom de sa création, contre la mort" "ce que j'ai fait jamais aucune bête ne l'aurait fait".

VIII - POUR CONCLURE

Les "bons résultats" de la nouvelle vague psychochirurgicale nous montrent que cette amélioration (souvent en fait une aggravation) est l'obtention d'enfants "sages, dociles, maniables". Enfants qui ne peuvent être tolérés qu'au prix de n'être pas, et de laisser leur désir gouverner par l'autre.

N'être pas

- soit en renonçant à tout désir propre, et en se plaçant en position sado-masochiste. La psychochirurgie réalisant la thérapeutique aliénante au maximum.

- soit en se suicidant.

Bettelheim écrit que "l'autisme infantile pourrait être considéré comme une position de désespoir, position où manque même l'énergie pour en finir, où toute action est évitée précisément pour se défendre contre une mort passive, telle que la mort par marasme". "L'autisme est donc une position encore plus extrême que le suicide, le suicide ou plutôt l'intention suicidaire est le premier pas sur le chemin du retour à l'action".

L'opération psychochirurgicale parait une curieuse façon d'aborder les problèmes, en masquant, en détruisant ou en changeant les symptômes "intolérables" que présentent les patients, et en créant d'autres que nous tolérons mieux. Mais n'est-ce pas supprimer leur dernier signe de vie, leur façon de lutter contre leur angoisse "existentielle", leur rocherche de leur identité.

Si le médecin doit guérir, le psychiatre lui, ne doit pas uniquement guérir. Il ne s'agit pas de guérir un symptôme en le supprimant, mais de reconnaitre sa valeur de langage, défense du sujet dans sa lutte contre l'angoisse spécifique (le morcellement dans la psychose).

Si l'on veut faire cesser "ces symptômes", c'est parce qu'ils nous sollicitent au niveau de notre propre

angoisse. L'enfant accuse l'autre de le laisser seul dans son univers chaotique et vide. Ce symptôme, aussi intolérable soit-il, est souvent l'ultime appel, qu'il nous adresse avant de sombrer dans un retrait autistique profond "réussi". C'est souvent une dernière tentative pour maintenir un contact entre lui et l'environnement, et pour solliciter encore l'autre.
Les manifestations de chantage affectif, la recherche d'une réassurance narcissique auprès des parents mis en quelque sorte en accusation par la maladie sont évidentes et d'ailleurs plus ou moins conscienmment ressenties comme telles par ces derniers.
Cette attitude est sous-entendue par un sentiment interne de dévalorisation et s'exprime dans un style relationnel où l'enfant tend à assumer, par ses provocations, le rejet dont il est victime.

Lorsqu'il est retranché dans son univers vide, dominé par sa pulsion de mort, ni lui, ni l'environnement n'existe plus, alors il n'a plus besoin de ces symptômes. Il se présente alors sous un aspect déficitaire, fixé dans des stéréotypies dépourvues de sens pour lui comme pour les autres.
Est-ce cela la guérison ?

Mark et Ervin rapportent un de leur cas "satisfaisant" une malade opérée par trois fois et qu'au cours d'un épisode où elle allait particulièrement bien aux dires de sa mère, s'est suicidée en avalant du poison !...

Les interprétations de Karli, sur l'expérience d'Arthur Kling sont particulièrement troublantes : l'animal amygdalectomisé est devenu incapable d'interpréter les signaux sociaux qui émanent de ses congénères ; il ne peut effectuer sa réinsertion dans le groupe, il s'isole, et meurt rapidement, alors même qu'il y a des aliments à sa disposition, qu'on sait que les lésions produites ne modifient pas son comportement alimentaire, et qu'elles ne perturbent aucune fonction physiologique essentielle. Aussi Karli se demande si l'on ne peut pas parler de conduite suicidaire ? "L'extrapolation est peut-être un peu hardie, dit-il, mais il y a tout de même une analogie".

L'intervention, n'est-elle pas le moyen par lequel le malade assume notre désir de mort ?

(Je l'ai fait opérer parce que je pensais qu'Il la tuerait, dit la mamane d'Eliane C.) (observation n° 1).

./.

Négation de l'individu, mort de celui-ci, négation de son discours. Pourquoi cette mise à mort de l'Autre ? car il s'agit bien de cela, et Delgado, qui pour obtenir des crédits pour ses expériences, descendait dans l'arène pour stopper l'attaque du taureau avec son simple émetteur, ne pouvait trouver meilleure comparaison. Un beau psychodrame §

Mais de cette folie de l'autre, qui est aussi la nôtre, de cette angoisse de mort, de ce sentiment d'impuissance, il va falloir s'en défendre.

Et c'est le rejet :

. rejet dans des institutions ségrégationnistes, aux murs épais, et aux portes bien closes, n'ayant pas tellement pour but d'empêcher ceux qui sont dedans d'en sortir, mais surtout d'empêcher ceux qui sont dehors, de voir, d'entrer...

. rejet du psychiatre qui adresse son malade au psychochirurgien.

Le psychiatre est sans cesse confronté à sa propre impuissance, et soumis aux frustrations. La chirurgie quant à elle est gratifiante. Et la psychochirurgie est auréolée de tout un tas de fantasmes de toute puissance magique. Or, en "passant la main" à ce soricer des temps modernes, qu'est le psychochirurgien, n'essaie-t-on pas de résoudre un problème qui nous dépasse, de façon magique. Mais n'est-ce pas aussi en constatant l'échec de ce dernier "regonfler" son propre narcissisme. Si lui aussi échoue !...

. rejet du même type d'individus, qui de tout temps, ont été des exclus et des dévalorisés. Ce sont eux du reste qui sont reconnus comme les meilleurs "clients" de la psychochirurgie.

- Ce sont également toute une série de conduites de réassurance.

La psychochirurgie s'inscrit dans le cadre d'une véritable organogénèse des maladies mentales. Mais un comportement n'est jamais uniquement le signe d'un dérèglement cérébral, même si la lésion cérébrale est évidente. Jung disait que le "dogme voire la superstitions, qui veut que les causes physiques soient seules valables, ferme au psychiatre l'accès de la psychée de son patient, et l'incite aux interventions les plus téméraires et les plus lourdes de conséquence dans le plus fragile des organes".

./.

La psychochirurgie, méthode présentant pour certains "le label scientifique" n'est en réalité qu'un moyen de plus, pour ignorer et nier le fait psychiatrique, en le ramenant à un simple "dérèglement du système nerveux", en nous évitant de nous interroger plus avant sur notre responsabilité. Les "violents", ils sont "malades". La preuve : on leur "coupe des nerfs" (définition de la psychochirurgie par un malade, dans "Vol au-dessus d'un nid de coucous").

Organicité avec son corollaire, l'incurabilité. (de toute façon, il n'y a rien à faire, on (même le magicien) ne peut rien.., Ce n'est donc pas de l'impuissance...

Le clivage entre le tout bon et le tout mauvais (les incurables) est une défense paranoïaque et infantile, mais permet à l'homme embrigadé dans sa Science, de survivre mentalement en s'identifiant au fort, et en rejetant totalement le faible comme dangereux.

"Les violences" (car dans ces techniques, il y a le désir de punir cet objet récalcitrant) relèvent d'un système organisé pour l'anéantissement de la personne. Il s'ensuit des relations schizo-paranoïades qui ligotent ensemble malade et "soignant" dans un enfer de violence où chacun est piégé par ses propres fantasmes. Les deux groupes ont recours à des mécanismes de défense analogue. Les soignants voyant dans ces malades, des êtres dénatures, inintelligents, des "pierres", gouvernés par leurs seules pulsions ; or, cette image stéréotypée est le produit de leur peur. En considérant ces malades, comme des INDIVIDUS, non comme des stéréotypes, on bloque l'efficience du stéréotype, et il se produit un apaisement momentané de l'angoisse, le tout faisant place à une relation humaine, momentanément personnalisée. Cet affrontement entre deux fantasmagories empêchant tout rapport entre des êtres réels.
De plus, répondre à un acte agressif, par une action chirurgicale, paraît correspondre à appliquer le code d'Hammourabi :

— "Tu voles, on te coupe le poignet,
"Tu es agressif, on te coupe un morceau de cerveau"

(le poignet servant à accomplir le vol, tout comme le cerveau sert d'effecteur).

La psychochirurgie n'étant que la conséquence du premier geste d'incompréhension à l'égard du malade, elle succède à la première camisole, elle est la camisole intégrale, en ce qu'elle permet de se satisfaire d'avoir rendu à la société, un être sans initiative, et par là sans danger.

./.

Déni du fait psychiatrique et valorisation des techniques médicales rendent compte du besoin de retourner au "moule sécurisant de la médecine". La fragmentation de celle-ci en x morceaux, permettant un abord moins angoissant. Il est plus facile de contrôler une petite partie, qu'un tout. Tout ceci faisant un corps morcelé à la médecine, et permet d'aborder les problèmes que par un petit bout de la lorgnette.

Réassurance de ces méthodes dites scientifiques qui mermettent d'étudier graphiquement le comportement des enfants "actifs", le soignant visionnant des films ou observant l'enfant derrière une glace sans tain.

Là encore négation de l'individu, qui est considéré et appréhendé comme un rat béhavioriste dans sa cage.

Réassurance aussi par identification au groupe. "Les Normaux" - La "masse" réassurante qu'il faut perpétuer et sauver à tout prix, et qui persistera elle... éternellement. (sublimation de notre mort ?) Et il faut même pour cela demander le droit de tuer. Contrôle de la mort de l'autre, mais n'est-ce pas là, se prouver soi-même que l'on peut quelque chose, sur la Mort, sa mort ?

Un des discours que l'on entend fréquemment :
"Il vaudrait mieux qu'ils meurent, plutôt que d'être comme ça"
"Vous ne croyez pas, à la naissance, on devrait faire quelque chose".

Si l'idée de mort de ces "êtres infortunés" peut être formulée, dès qu'il s'agit non plus de spéculations mais à proprement parlé d'un passage à l'acte, il est dit "on" devrait faire quelque chose, montrant par là, que ce n'est pas si simple, et puis sous-entendu, ce n'est pas nous qui devrions faire quelque chose, mais "on"... Le gouvernement peut-être. Ce qui réveille de fâcheux souvenirs. Donc déplacement du désir de mort, trop d'angoisse, de culpabilité s'y rattachent. Et ce "on" n'est-il pas le neurochirurgien, chargé d'exécuter la sentence.

Les arriérés sont toujours au centre du problème du mal, dépositaires écartelés de l'ambiguïté de ce terme, le mal qui désigne, face à l'autre, en un saisissant raccourci, le méchant ou le malheureux, tantôt l'un, tantôt l'autre, si souvent l'un parce que l'autre est en fait toujours les deux à la fois.

./.

Cette idée de la possibilité de faire mourir ces enfants ne nait-elle pas parce qu'ils nous questionnent au fond de nous-mêmes d'une manière insoutenable ? Ce désir de mort, la toile de fond du discours sur l'arriéré.

Sous la revendication des parents, on découvre la culpabilité clairement "avouée" ou dissimulée derrière un conduite fréquente, celle de la mère gavante, qui arrive avec des kilogs de friandises et qui bourre son enfant jusqu'à ce qu'il éclate, ou que l'on rencontre chez la mère absente, et c'est souvent chez elle, que nous entendons s'exprimer sans fard le désir de mort. Ce désir de mort, dont on se demande toujours dans le fond, qu'elle peut être sa relation avec le handicap, ou si c'est le handicap qui a induit le désir de mort : les relations s'établissant probablement dans les deux sens. C'est cette traduction de ce désir de mort à double sens qui fait évoquer par Mannoni la tendance suicidaire qu'on découvre fréquemment chez ces mères d'arriérés. Quant aux mères, elles ont tellement bien fait mourir leur enfant, qu'elles ne se souviennent plus, ce qui a pu sé passer dans leur petite enfance ou alors elles ne reconnaissent plus leur enfant comme Mme B. (observation n° 15) ou la maman de Patrick Not. (observation n° 4)

Moitié dieu, moitié démon, l'arriéré fascine. Mais ne peut-on essayer de dépasser cette éternelle ambivalence à son égard (trop adulé, ou haï, mais en tout cas toujours exclu) et lui redonner figure humaine.

L'ambivalence fondamentale dans notre traitement du malade mental a son origine dans notre propre angoisse à l'égard de la maldie mentale. Nous souhaitons que ces malades soient traités humainement, tout en voulant éviter que l'idée de la folie ne vienne troubler la paix de notre esprit. L'inquiétude que nous éprouvons lorsque nous nous trouvons confrontés à la maladie mentale, démontre que nous nous sentons menacés ; non pas tant par le "fou" que par l'idée que nous pourrions être comme lui ou le devenir. Notre angoisse est le reflet aujourd'hui de cette ancienne croyance paradoxale selon laquelle les fous sont possédés par les dieux et lui sont dans le même temps consacrés, mais que pour le bien-être de la société ils doivent être mis à l'écart. Aussi longtemps que nous accepterons que notre attitude à l'égard de la maladie mentale soit déterminée par la peur que nous éprouvons pour notre santé mentale, aucun changement n'aura lieu. Nous continuerons à reléguer l'individu perturbé dans l'enfer de l'hôpital psychiatrique traditionnel et pousserons parfois un cri de protestation parce qu'il demeure là dans une détresse absolue. Nous ne pourrons créer des établissements offrant un véritable espoir de réintégration au malade que lorsque nous aurons le courage de porter toute notre attention à son problème et à celui de la maladie mentale (B. Bettelheim).

EPILOGUE

"Je dois faire ce que je considère comme étant le plus bénéfique pour mes malades, et m'abstenir de tout ce qui pourrait leur nuire" (Hippocrate).

Il nous est apparu utile de retracer l'historique de la psychochirurgie. En effet celle-ci n'a jamais disparu de l'arsenal thérapeutique, et même, actuellement, on assiste à sa résurgence, surtout dans certains pays. Parmi les "clients" de la "nouvelle vague" se trouvent les enfants "hyperactifs". Cette indication est la même que celle qui concerne nos observations. Les techniques chirurgicales utilisées pour traiter "ces enfants" demeurent des techniques encore applicables aujourd'hui. Or, nous rappelons nos quinze observations qui sont des échecs. Le recul dont nous disposons est important entre 6 ans et 25 ans, sauf pour un seul cas dont le recul est de 6 mois. Les données statistiques sont discordantes. De nombreux échecs répétés sont rapportés, le recul est souvent insuffisant, les observations peu détaillées... D'autre part, les psychoses sont l'objet de nombreux travaux théoriques, d'où découlent des pratiques non mutilantes et visant à saisir le malade dans sa globalité en utilisant un mode d'approche pluridisciplinaire. Ce n'est que lorsque les morceaux du puzzle seront réunis par une même équipe diversifiée mais tendant vers le même but, et ayant l'idée de synthèse, que le malade aura une chance de sortir de son morcellement. Les efforts thérapeutiques doivent être intensifs et surtout poursuivis pendant un nombre suffisant d'années. Les améliorations obtenues dans nos observations ne l'ont été que lorsque des relations humaines satisfaisantes ont été mises à portée de l'enfant.

La psychochirurgie apparait donc comme :

- une méthode antiphysiologique se réclamant d'une conception erronée du fonctionnement mental

- une méthode s'inscrivant dans le cadre d'une véritable organogénèse des maladies mentales nuisant à une approche du malade dans sa totalité. Elle traduit une méconnaissance

de la maladie mentale, qui est en réalité un déni du fait psychiatrique. Basée sur la disparition du "symptôme gênant" elle a pour but de démateler les défenses du sujet sans certitude de guérison, puisque les statistiques prouvent qu'elle n'est jamais obtenue. En psychiatrie, le rôle thérapeutique est ambigu ; il ne s'agit pas de guérir un symptôme en le supprimant, tout simplement, mais de reconnaitre sa valeur de langage, et ce symptôme "intolérable" est souvent l'ultime appel que nous adresse le malade avant de sombrer dans un retrait autistique profond "réussi". La psychochirurgie parait ainsi une curieuse façon d'aborder les problèmes, en masquant, détruisant, en changeant les symptômes intolérables et en créant d'autres que nous tolérons mieux.

- De toutes les techniques employées en psychiatrie, c'est celle qui présente le plus de danger pour le malade. Il s'agit d'une thérapeutique mutilante, consistant à créer des lésions cérébrales définitives. Si elle laisse persister "la maldie" (ou même parfois l'aggrave) elle apporte toujours par contre des séquelles qui sont propres à la mutilation qu'a subie le malade : déficit des fonctions intellectuelles après deux ans, quel que soit le type d'intervention, et la catégorie nosographique à laquelle ils appartiennent, altération de la personnalité, et enfin l'épilepsie entre autres rançons (dans tous les cas de nos observations, mais pour cela il est nécessaire de disposer d'un recul suffisant, d'au moins 12 ans d'après nos observations.). Baruk déjà avait noté que ses cinq singes opérés de topectomie ou de lobotomie, avaient présenté des impulsions et des crises d'épilepsie dans les 5 ans qui avaient suivi l'intervention, et que les cinq singes étaient tous morts d'état de mal épileptique. Et c'est pourquoi dès le début, il s'était élevé (entre autres) contre ces interventions. Il nous est apparu également que l'épilepsie préexistante était souvent aggravée. De plus, un autre facteur d'aggravaiton, non négligeable, est la survenue d'hémiplégie (deux de nos cas). Quant à la suppuration du volet, elle oblige souvent à la contention, ce qui aggrave la symptômatologie. Enfin nous avons un cas de décès, pour lequel l'intervention semble avoir joué un rôle non négligeable.

- Elle provoque des changements dans l'affectivité qu'aucun contrôle personnel ne peut influencer. C'est une thérapeutique aliénante au maximum, ne laissant aucune place au désir du malade. La guérison psychiatrique ne peut se faire que par un long cheminement effectué par le malade lui-même mais aussi par le psychiatre, l'un poussant l'autre. Si le malade aliène sa liberté entre les mains du psychiatre, il diminue d'autant ses possibilités de guérir. De plus, le malade ne présente plus de revendications post-opératoires. Elle succède donc à la première camisole, elle est la camisole intégrale, en ce sens qu'elle permet de se satisfaire d'avoir rendu à la société un être sans initiative,

./.

et par là sans danger. De tout temps, ces interventions "de choc" ont eu des partisans, car elles rendent le sujet plus malléable, elles satisfont le désir de punir un "objet" récalcitrant : objet car le fait de les considérer comme des personnes exclurait l'utilisation de pareilles méthodes. Il s'agit donc de la négation de l'individu, de la négation de son discours, de la mort de celui-ci.

- La perspective psychochirurgicale risque de décourager les efforts, aussi bien les efforts individuels du médecin en vue de la thérapeutique, que les efforts sociaux en vue de l'amélioration si capitale de l'assistance aux malades mentaux. Elle constitue une voie de facilité qui détourne les médecins des efforts thérapeutiques utiles, les familles de la patience, et de l'amélioration des relations familiales, les malades de l'espoir de la guérison. Elle n'est donc pas une methode thérapeutique envisageable pour qui veut tenter de soulager la détresse de l'autre, l'autre étant considéré comme un être doué de désirs propres, et non comme un objet soumis à nos désirs et à nos volontés, ce qu'exclut toute relation de type sadomasochiste.

<u>Elle doit donc disparaitre de l'arsenal thérapeutique.</u>

- Enfin actuellement, l'indication psychochirurgicale tend désormais à s'appliquer par une étroite collaboration entre le chirurgien, le psychiatre, et les autorités judiciaires et policières, à tous ceux que les codes, ou les modes du moment, désignent comme déviants : homosexuels pédophiles, drogués, alcooliques enfants turbulents, voleurs à l'étalage, ou prisonniers récidivistes. Depuis les temps anciens, le médecin a désiré guérir la maladie mentale, rêve de toute puissance s'il en est. La psychochirurgie semble répondre au vieux désir de l'homme de pouvoir dominer les forces inconscientes, qu'il sent bouillir en lui et autour de lui. Bruckhardt ne nous dit pas ce qu'il ressent au moment où il essaye d'extirper la folie du crâne de ces malades, mais il nous fait comprendre que de toute façon ce ne sont plus des hommes. Quant à Moniz, le tableau qu'il nous fait de ces fous, montre qu'il les juge "irrécupérables". Le vocable aujourd'hui est toujours le même : "irrécupérables", "exclus", intolérance et ségrégation pour "l'arriéré".
Quand celui-ci aura-t-il le droit de vivre en être humain, avec ses désirs propres, ses problèmes, et ses limitations ?

. Nous pensons que le développement nécessaire de la neurophysiologie ne doit pas déboucher sur des conduites psychochirurgicales humaines. La psychochirurgie devant être réservée à l'expérimentation animale, et devant être <u>interdite chez l'homme</u>, où elle n'est qu'un rite magique mortifère.

./.

Pour finir, nous laissons la parole à Montaigne qui la leçon paraît bien lointaine et tombée dans l'oubli : "Ceux que nous appelons monstres, ne le sont pas à Dieu, qui voit en l'immensité de son ouvrage l'infinité des formes qu'il a comprises... Nous appelons contre nature ce qui advient contre la coutume ; rien n'est que selon elle, quel qu'il soit. Que cette raison universelle et naturelle chasse de nous l'erreur et l'étonnement que la novelleté apporte".

C O N C L U S I O N

Quinze observations (3 grands enfants, 4 adolescents, 8 jeunes adultes) de psychotiques, à qui ont été pratiquées entre 2 ans 1/2 et 19 ans, une ou plusieurs interventions psychochirurgicales dans bénéfice aucun, nous ont incité à faire le point sur la psychochirurgie, toujours utilisée à notre époque -et même dans certains pays davantage utilisée- après un déclin pendant plusieurs années.

Parmi les indications actuelles figurent encore [illegible] psychotiques très agités et auto-agressifs; nos observations présentent de tels cas. Une revue de l'évolution des idées et des conceptions modernes sur les régressions psychotiques de la petite enfance si [illegible] problème.

Rappeler le très grand nombre de techniques psychochirurgicales expérimentées depuis quarante ans rend d'autant plus flagrant l'échec réitéré de ces méthodes dont rend compte un historique basé sur [illegible].

L'expérimentation animale ne confirme pas qu'il y ait lieu d'attendre quelques bénéfices que ce soit d'exérèses corticales quelles qu'elles soient. Elle démontre par contre les détériorations comportementales qui en résultent.

Les statistiques cliniques ne justifient pas le renouvellement, après tant d'échecs, de tentatives qui ne s'avèrent jamais thérapeutiques. Elles illustrent le mode d'abord des problèmes psychiatriques propre à la psychochirurgie, qui pourchasse des symptômes gênants et refuse de voir le psychotique dans sa totalité et ceci dans une perspective des[illegible].

[illegible] ou tout [illegible] n'est plus [illegible] [illegible] en charge institutionnelle [illegible] des psychotiques [illegible] des résultats [illegible] d'une progression, dans une [illegible].

Tous les arguments concordent pour justifier l'abandon pur et simple, de façon définitive de pseudo thérapeutiques sans intérêt pratique et même condamnable.

Le Président de la Thèse :

Pr. COLIN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LYON, le 8 DEC 1976

Vu, le Directeur de l'UER
GRANGE-BLANCE

B. SALLE

Le Président de l'Université
Claude Bernard
Président du Comité de
Coordination des Etudes
Médicales

D. GERMAIN

- BIBLIOGRAPHIE -

1 - ADLER (A)

"Connaissance de l'homme"
Petite Bibliothèque PAYOT

2- ALZON (C)

"Femme potiche, femme boniche"
pouvoir bourgeois, pouvoir mâle.
Cahiers Libres 24 - Ed. F. MASPERO, 1974.

3 - ARNAUD (C1)

"Chirurgie du cerveau"
Chapitres VI et VII, Diagrammes 12
Editions du Cap - MONTE-CARLO, Février 1958.

4 - AUBIN (H)

"Les psychoses de l'enfant".
Collection S.U.P. - P.U.F.

5 - BANCAUD (J)

"Approche nouvelle de la neurochirurgie de l'épilepsie".
Neurologie, T. 20, suppl. 1 - Juin 1974.

6 - BARANTE, BOURDIER, DAYMAS

"Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent"
E.M.C., 37 818, A 10

7 - BARUK (H)

"Un grave problème de morale médicale"
Presse Médicale, 1956, 64-371

8 - BARUK (H), LAUNAY (C)

"La psychochirurgie, facteur d'anxiété, de criminogénèse et de démoralisation".
Revue Neurologique, 1953, 89, 56

9 - BARUK (H), LAUNAY (C)

"Les méfaits de la psychochirurgie dans la débilité mentale et les troubles caractériels"
Revue Neurologique, 1953, 89-149

10 - BEJOT (A)

"Place de la lobotomie dans le drame familial"
Thèse 19[illegible] PARIS.

./.

11 - BERGERET (J), ACHAINTRE (A), BECACHE (A), BOULANGER, CHARTRIER, DUBOR (P), HOUSER, LUSTIN (J.J.)

"Abrégé de psychologie pathologique"
Ed. MASSON et Cie

12 - BETTELHEIM (B)

"La forteresse vide"
Collection "Connaissance de l'inconscient"
Ed. GALLIMARD.

13 - BETTELHEIM (B)

"Un lieu où renaitre"
Collection Réponses
R. LAFFONT, Ed.

14 - BREGGIN (P)

"La lobotomie revient"
Editions Les Temps Modernes -Avril 1973, N°321

15 - BRISOU (J.C.)

"L'arriéré profond et sa famille"
Information Psychiatrique, Vol. 50, N°7,
Sept. 1974 - PRIVAT, éditeur.

16 - CASTETS (B)

"La mort de l'autre"
Bibliothèque de psychologie clinique
Edit. PRIVAT

17 - CHAUVIN (R)

"Le comportement social chez les animaux"
P.U.F., 1973

18 - CHANSEAU (J.C.) et MAUFAUGERAT (M)

"Approches nouvelles des déficiences intellectuelles et dévères de l'enfant".
Information psychiatrique, Vol. 50, N°7,
Sept. 1974 - PRIVAT, éditeur.

19 - COQUET (P)

"A propos de 22 cas d'interventions psychochirurgicales pratiquées sur des enfants et adolescents arriérés. Bilan des suites éloignées".
Thèse 1957, LYON.

./.

20 - de AJURIAGUERRA (J)
"Manuel de psychiatrie de l'enfant" - 2e Edit. MASSON et Cie, éditeurs, 1974.

21 - DEBRAY - RITZEN (P)
"Des troubles du comportement de l'enfant" Editions FAYARD.

22 - DELGADO (J.M.R.)
"Le conditionnement du cerveau et la liberté de l'esprit"
Collection Psychologie et sciences humaines. Edit. DESSART.

23 - DOLTO (F)
"Le cas Dominique"
Editions du Seuil, 1971.

24 - EUZIERE (J), GROS (Cl), LAFON (R) et ENJALBERT.
"Deux ans de psychochirurgie infantile"
Sem. Hôp., PARIS, 2-6 Août 1951 - 27, N° 57-58, 2407-2408.

25 - FELD (M)
"Critères opératoires en psychiatrie infantile"
Sem. Hôp., PARIS, 2-6 Août 1951 - 27 - N° 57-58, 2400-2401.

26 - FELD (M)
"Conception de la psycho-chirurgie infantile"
Progrès méd. - 10 Mai 1958, N° 9, 172-175

27 - FREEMAN (W)
"La lobotomie chez l'enfant"
Sem. Hôp., PARIS, 2-6 Août 1951 - 27, N° 57-58, 2403-2405.

28 - FREEMAN (W) et WATTS (W)
"Psychosurgery in the treatment of mental disorders and intractable pain.
Springfield, 1950, P. 406.

29 - FREUD (A)
"Le traitement psychanalytique des enfants".
Bibliothèque de psychanalyse. P.U.F.

./.

30 - FORTABAT (J.L.), BAILLY-SALIN (M.J.)

"Les bases de la thérapie institutionnelle, l'équipe".
Information Psychiatrique, 1971, Vol. 47, N° 8
681-687.

31 - GUILLOU (N)

"Résultat de la lobotomie préfrontale à l'hôpital de Rennes".
Thèse, RENNES, 1963.

32 - HACKER (F)

"Agression, violence dans le monde moderne"
Ed. Calmann-Lévy.

33 - HEUYER (G), FELD (M) et TEYSSEYRE.

"Indications et contre-indications opératoires basées sur l'étude pneumo-encéphalographique des syndromes neuro-psychiatriques chez l'enfant au dessous de trois ans"
Sem. Hôp. Paris, 2-6 Août 1951, 27, N° 57-58, 2414-2416, 4 fig.

34 - HOCHMANN (J), ANDRE (A), REDON (M.N.), MICHEL (E)

XXVe Assemblée Fédérale des Sociétés de Croix-Marine
LYON, 27-28 Septembre 1976

35 - JAUBERT (A)

"L'excision de la pierre de folie"
Revue "Autrement", N°4, Hiver 75-76.

36 - KARLI (P)

"Existe-t-il un centre de l'agressivité ?"
Agressivité, Pulsion ou réponse à l'environnement ?
Cahiers Sandoz - N° 28, Nov. 74.

37 - KARLI (P)

"Agressivité"
L'Evolution Psychiatrique, T XXXVIII, Fasc. IV, octobre-décembre 1973.

38 - KLEIN (M) et RIVIERE (J)

"L'amour et la haine"
Collection Science de l'homme
Petite Bibliothèque PAYOT

./.

39 - KOHLER (C), LECUIRE, ROCHE

"Les interventions psychochirurgicales (lobotomies et topectomies) comme traitement de certains états d'agitation grave et irréductible chez l'enfant et l'adolescent". Bilan de 22 cas avec étude des suites éloignées.
Pédiatrie - 1958, 45, N° 2, 167-173.

40 - LABORIT (H)

"La nouvelle grille"
Ed. Robert LAFFONT

41 - LABOUCARIE (J)

"Le problème actuel de la leucotomie préfrontale d'après une expérience thérapeutique de 20 ans (1949-1969)".
Revue Méd. de TOULOUSE, 1971, VII, 186.

42 - LANG (J.L.)

"Esquisse d'un abord structural des états déficitaires"
Confrontations psychiatriques - Débilités mentales
N° 10, 1973.

43 - LANG (J.L.)

"Psychoses infantiles à expression déficitaire et arriération psychose"
Confrontations psychiatriques - Les psychoses de l'enfant - N° 3, 1969.

44 - LAPLANCHE (J) et PONTALIS (J.B.)

"Vocabulaire de la psychanalyse"
P.U.F.

45 - LE BEAU

"Psychochirurgie et fonctions mentales"
MASSON, 1954
Express, 4-10 - Nov. 1974 (entretien)

46 - MALHER (Margaret)

"Psychose infantile. Symbiose humaine et individuation".
Collect. "Science de l'homme" -Ed. PAYOT.

47 - MANNONI (Maud)

"Le psychiatre, son fou et la psychanalyse"
Ed. du SEUIL, 1970.

48 - MANNONI (M)

"L'enfant, "sa maladie" et les autres".
Editions du SEUIL, 1967.

49 - MANNONI (M)
"Education impossible"
Editions du Seuil, 1973.

50 - MANNONI (M)

"L'enfant arriéré et sa mère"
Editions du Seuil, 1964.

51 - MAGOUN (H.W.)

"Le cerveau éveillé"
Bibliothèque scientifique internationale.
P.U.F.

52 - MAZARS (G)
"Entretien avec A. Jaubert"
Octobre 1975

53 - MAZET (Ph), HOUZEL (D)

"Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent"
Vol. I
Ed. MALOINE s.a., éditeur.

54 - MIRIBEL (J)

"Contribution à l'étude de la lobotomie préfrontale"
Thèse, LYON 1952.

55 - MISES (R)
"L'enfant déficient mental"
Collection "Le fil rouge" - P.U.F.

56 - MISES (R)
"Réévaluations dans l'approche psychopathologique des déficients intellectuels".
Confrontations psychiatriques - Débilités Mentales -N° 10, 1973.

57 - MISES (R)
"Origines et évolution du concept de psychose chez l'enfant"
Confrontations psychiatriques - Les psychoses de l'enfant - N° 3, 1969.

./.

58 - MISES (R), MONNIOT (M)

"Les psychoses de l'enfant"
E.M.C. - 37, 299, M 20

59 - NACHT (S)

"Le masochisme"
Collection "Science de l'homme"
Petite Bibliothèque Payot.

60 - PUECH (P), DESCLAUX (P), SOULAIRAC (A) et MORLON

"Pneumothérapie, cisternotomie et lobotomie chez les arriérées mentales graves"
Sem. Hôp. Paris - 2-6 Août 1951, 27, N° 57-58, 2420-2421 - Bibliographie.

61 - PICHOT

"Incitation et frustration de l'agressivité. Agressivité, pulsion ou réponse à l'environnement"
Cahiers SANDOZ, n° 28, Nov. 74

62 - RACINE (Y)

"Introduction au maternage"
Bibliothèque de psychiatrie pratique
C.E.ME.A.
Editions du Scarabée.

63 - RACAMIER (P?C.)

"Le psychanalyste sans divan"
Collection "Science de l'homme" - Edit. PAYOT.

64 - SAINT-EXUPERY (A)

"Le petit prince"
Bibliothèque de la Pleiade

65 - SAINT-EXUPERY (A)

"Terre des hommes"
Bibliothèque de la Pleiade

66 - SEGAL (Hanna)

"Introduction à l'oeuvre de Mélanie KLEIN"
Bibliothèque de psychanalyse - P.U.F.

./.

67 - TALAIRACH (J), MOREL (P)

"Psychochirurgie"
E?M.C., 1963, 10, 37030, A.10

68 - VACHET (M.F.)

"Réflexions sur l'automutilation chez l'enfant psychotique"
Thèse, LYON 1974.

69 - VAN CANEGHEM (Denise)

"Fantasmatique de l'agression"
Bulletin de psychologie N° 323, T. XXIX, 1975-76, 14-15 Mai-Juin.

70 - VAN RILLAER (Jacques)

"L'agressivité humaine"
Collection Psychologie et sciences humaines
éditions Dessard et Mardaga

71 - VERDIER (C)

"Valeur comparée de la leucotomie chez l'enfant et l'adulte - étude de 10 cas".
Thèse, PARIS 1951.

72 - WINNICOTT (D.W)

"L'enfant et sa famille"
Petite Bibliothèque Payot.

73 - WINNICOTT (D.W)

"De la pédiatrie à la psychanalyse"
Petite Bibliothèque Payot

74 - YAHN (D.M.), KRYNSKI (S)

"Leucotomie préfrontale chez les enfants et les adolescents"
Sem. Hôp. Paris - 26 Août 1951, 21, N° 57-58, 2405-2406.

****

67 - TALAIRACH (J), MOREL (P)

"Psychochirurgie"
E2M.C., 1963, 10, 37030, A.10

68 - VACHET (M.P.)

"Réflexions sur l'automutilation chez l'enfant psychotique"
Thèse, LYON 1974.

69 - VAN CANEGHEM (Denise)

"Pentasmatique de l'agression"
Bulletin de psychologie N° 323, T. XXIX, 1975-76, 14-15 Mai-Juin.

70 - VAN RILLAER (Jacques)

"L'agressivité humaine"
Collection Psychologie et sciences humaines éditions Dessard et Mardaga

71 - VERDIER (C)

"Valeur comparée de la leucotomie chez l'enfant et l'adulte - étude de 10 cas".
Thèse, PARIS 1951.

72 - WINNICOTT (D.W)

"L'enfant et sa famille"
Petite Bibliothèque Payot.

73 - WINNICOTT (D.W)

"De la pédiatrie à la psychanalyse"
Petite Bibliothèque Payot

74 - YAHN (D.M.), KRYNSKI (S)

"Leucotomie préfrontale chez les enfants et les adolescents"
Sem. Hôp. Paris - 26 Août 1951, 21, N° 57-58, 2405-2406.

****